

An das
Landratsamt Heidenheim
Gesundheit
Felsenstraße 36
89518 Heidenheim

Eingangsstempel

Aktenzeichen

/

IfSG - B

ANTRAG

auf Gewährung von **Versorgung wegen Impfschäden** nach dem
Infektionsschutzgesetz (IfSG)

| | |
|---|--|
| 1. Familienname, Vorname (ggf. Geburtsname) | |
| 2. Geburtsdatum | |
| 3. Geburtsort, Kreis, Land | |
| 4. PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer, Telefon | |
| 5. Staatsangehörigkeit(en) | |
| 6. Beruf | a) vor der Schädigung: b) jetzt: |
| 7. Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. (Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. |
| a) Name des Ehegatten: | Vor- und Zuname: Geburtsname: Geburtstag: |
| b) Namen der Kinder: (mit Geburtstagen) | ① ② ③ |

8. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?

| |
|--|
| |
|--|

9.a) **Auf welches schädigendes Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?** (Genaue Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen; evtl. auf besonderem Blatt)

| Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit) | Ort, Land | Ursache der Gesundheitsstörung | Nachweise, Zeugen (Anschrift) |
|----------------------------|-----------|--------------------------------|-------------------------------|
| | | | |

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 9.b) Ist das Gesundheitsamt oder der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

- 10.a) War die Impfung gesetzlich vorgeschrieben, z.B. nach dem Impfgesetz vom 08.04.1874 (RGBl. Seite 31), oder erfolgte sie auf Grund gesetzlicher Anordnung? Ja Nein
- 10.b) Wurde die Impfung von einer Behörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen? Ja Nein
Wenn ja, wer hat die Empfehlung ausgesprochen?
- 10.c) Erfolgte die Impfung auf Grund der Verordnungen zur Ausführung der internationalen Gesundheitsvorschriften? Ja Nein
Wenn ja, wurde die Impfung zum Zwecke der Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland vorgenommen oder hatten Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in diesem Gebiet und haben Sie ihn nur vorübergehend aus beruflichen Gründen oder zum Zwecke der Ausbildung aufgegeben?
11. Sofern die Fragen unter Nr. 10 verneint werden:
- a) Ist der Impfschaden außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eingetreten? Ja Nein
- b) Wenn ja, weshalb konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?
- c) Wurde die Impfung durch einen Arzt vorgenommen? Ja Nein
- d) Lebten Sie zur Zeit der Impfung in häuslicher Gemeinschaft mit einem Elternteil oder einem Sorgeberechtigten, der sich aus beruflichen Gründen oder zur Ausbildung nicht nur vorübergehend außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten hat? Ja Nein
- 12.a) Ist der Impfschaden infolge einer auf Grund des Impfgesetzes vom 08.04.1874 (RGBl. Seite 31) oder in den in § 1 Abs. 2 Nr. 3 des Bundesvertriebenengesetzes (BVFG) bezeichneten Gebieten oder infolge einer in der ehemaligen DDR oder in Berlin (Ost) gesetzlich vorgeschriebenen oder auf Grund eines Gesetzes angeordneten Pockenschutzimpfung eingetreten? Ja Nein
(Nur beantworten, wenn die Fragen unter Nr. 10 und 11 verneint werden.)
- 12.b) Haben Sie als Vertriebener, Flüchtling oder durch Familienzusammenführung (§§ 1, 3 und 94 BVFG) Ihren ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland genommen? Ja Nein
(Entsprechender Nachweis ist beizufügen.)
- 12.c) Wird wegen des Impfschadens auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften bereits eine Entschädigung gewährt? Ggf. ist der Bescheid beizufügen. Ja Nein

13. In welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztlich behandelt?

| von | bis 1) | Ort | Bezeichnung des Krankenhauses oder dergl. |
|-----|--------|-----|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Möglichst genaue Angaben sind erforderlich, mindestens nach Jahr und Monat.

14. **Bei Schädigung im Kindesalter:** Anschrift des Krankenhauses- bzw. der Klinik der Entbindung (hierzu wird auch um Angabe der Personalien der Mutter und sofern bekannt, um den Namen des Arztes gebeten)

15. **Ambulante ärztliche Behandlungen** wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen:

| von | bis | Krankheit | Behandelnder Arzt | arbeitsunfähig | | Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen? |
|-----|-----|-----------|-------------------|----------------|-----|---|
| | | | | von | bis | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

16. Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon **vor Eintritt des Impfschadens**?

Ja Nein (Zutreffendes ankreuzen)

Wenn ja, welche?

| |
|--|
| |
| |

17. Waren Sie wegen Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt? Ja Nein

Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?

| |
|--|
| |
| |

18. Welchen **Krankenkassen** haben Sie **vor Eintritt des Impfschadens** angehört?

| von | bis | Anschrift der Krankenkasse | Mitglieds-Nr. | Arbeitgeber |
|-----|-----|----------------------------|---------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(Bei Familienversicherung bitte unter Nr. 18 und 19 auch Name und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers angeben, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird).

19. Welchen **Krankenkassen** gehörten bzw. gehören Sie **seit Eintritt des Impfschadens** bis heute an?

| von | bis | Anschrift der Krankenkasse | Mitglieds-Nr. | Arbeitgeber |
|-----|-----|----------------------------|---------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

20. Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegehalt oder sind solche Leistungen beantragt oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde, ggf. von (bei) welcher Stelle (Rentenzeichen)?

| |
|--|
| |
| |

21.a) Ist schon früher ein Verfahren wegen Impfschadens (Heilbehandlung) durchgeführt worden, ggf. wann, **von welcher Stelle** und mit welchem Ergebnis?

| |
|--|
| |
|--|

21.b) Bezogen Sie bereits seinerzeit Rente?

| |
|--|
| |
|--|

22. Antrag auf Gewährung von **Beschädigten – Hinterbliebenen – Versorgung** (für Witwen – Witwer – Waisen – Eltern) nach dem Bundesversorgungsgesetz <BVG> oder einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz), habe ich gestellt nicht gestellt

| |
|--|
| nach dem verstorbenen – verschollenen geboren am beim Landratsamt und beziehe seit <input type="checkbox"/> Beschädigtenrente <input type="checkbox"/> Witwenrente bzw. –beihilfe <input type="checkbox"/> Witwerrente bzw. –beihilfe <input type="checkbox"/> Waisenrente bzw. –beihilfe <input type="checkbox"/> Elternrente unter dem Rentenzeichen |
|--|

23. Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) habe ich - nicht - gestellt

| am | beim Versorgungsamt | Aktenzeichen |
|----|---------------------|--------------|
| | | |

24. Bank- oder Postbankkonto, auf das die Versorgungsbezüge ggf. überwiesen werden sollen:

| IBAN | bei der Bank/Postbank | BIC |
|------|-----------------------|-----|
| | | |

25. Erklärung

Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer anderen Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

Ich bin damit einverstanden, dass Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbeefunde sowie Röntgenbilder von öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten sowie von Krankenanstalten öffentlich-rechtlicher Körperschaften und von Trägern der Sozialversicherung zur Einsicht beigezogen werden. **Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit von der Schweigepflicht.**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).

Als Unterlagen sind beigelegt (alle Angaben sind möglichst zu belegen z.B. durch Impfbuch bzw. Impfbescheinigung, bei Kindern Vorsorge-Untersuchungsheft, Krankenpapiere, frühere Rentenbescheide, Zeugenaussagen usw.):

| | |
|-------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| Ort, Datum , den | Eigenhändige Unterschrift - Vor- und Zuname - des Antragstellers - bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters |

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 12 Abs. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz KOV (VfG KOV) und §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).

Hinweise für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland: Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit **Eingangsstempel** oder **-vermerk** zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist **stets** eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Landratsamt zuzuleiten (§16 SGB I vom 11.12.1975 - BGBl. I Seite 3015).

Anlage: Hinweisblatt zur Datenerhebung



Informationen zur Datenerhebung nach Artikel 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Landratsamt Heidenheim
Gesundheit

Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz

1. Warum erhalten Sie von uns dieses Informationsblatt?

Wir erheben und verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen und Umfang des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Daher möchten wir Sie über einige Punkte informieren:

Zweck des Infektionsschutzgesetzes und darauf abgeleiteter Gesetze und Verordnungen sowie des Gesundheitsdienstgesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit von Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten soll entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik gestaltet und unterstützt werden. In den zu überwachenden Einrichtungen sollen die Anforderungen an die Hygiene sichergestellt werden.

→ Die Daten werden durch das Landratsamt Heidenheim erhoben. Alle Kontaktdaten finden Sie unter 6.

2. An wen werden Ihre Daten weitergegeben?

Ihre Daten können, soweit erforderlich, anderen Gesundheitsämtern mitgeteilt werden. Außerdem werden die erhobenen Daten in anonymisierter Form gemäß § 11 Infektionsschutzgesetz zu statistischen und epidemiologischen Zwecken an die im IfSG vorgesehenen Landes- und Bundesbehörden weitergeleitet.

3. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Die erhobenen Daten einschließlich der vorhandenen Dokumentationen werden längstens 10 Jahre nach Abschluss der Maßnahmen oder der Durchführung einer Untersuchung aufbewahrt.

4. Gibt es eine Pflicht zur Bereitstellung der Daten?

Gemäß § 16 IfSG und § 12 Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) sind Sie verpflichtet zum oben genannten Zweck personenbezogene Daten zur Verfügung zu stellen. Wer diese nicht zur Verfügung stellt, kann gemäß §§ 73 bis 76 IfSG bzw. § 26 ÖGDG bestraft werden.

5. Welche Rechte haben Sie in diesem Zusammenhang?

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).
- Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder die Einschränkung der Verarbeitung verlangen (Art. 17, 18 DSGVO)
- sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 21 DSGVO) oder ein etwaiges Recht auf Datenübertragbarkeit geltend machen (Art. 20 DSGVO).
- Soweit die Zulässigkeit, Ihre Daten zu verarbeiten, ausschließlich auf Ihrer Einwilligung beruht, können Sie diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Verarbeitung der Daten bleibt bis zum Widerruf rechtmäßig.

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Sie haben zudem das Recht, Beschwerde bei dem Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit einzulegen, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten unrechtmäßig ist (Kontaktdaten s.u.).

6. Wer sind die Verantwortlichen für den Datenschutz?

Wenn Sie sich zu den hier angesprochenen datenschutzrechtlichen Fragen bei den zuständigen Stellen kundig machen, sich ggf. auch beschweren möchten, können Sie sich an folgende Stellen wenden:

Verantwortliche Behörde

Landratsamt Heidenheim
Gesundheitsamt
Felsenstraße 36
89518 Heidenheim
Tel.: 07321/321-0
E-Mail unter
Gesundheit@Landkreis-Heidenheim.de

Unsere Datenschutzbeauftragte

Landratsamt Heidenheim
Datenschutzbeauftragte
Felsenstraße 36
89518 Heidenheim
Tel.: 07321/321-2254
E-Mail unter Datenschutz@Landkreis-Heidenheim.de

Landesdatenschutzbeauftragter

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20, 70173 Stuttgart
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0, FAX: 0711/615541-15
E-Mail unter
poststelle@fdi.bwl.de
Beschwerde online unter
www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de