

## Wichtige Hinweise zum Antrag auf Leistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem SGB XIV entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – auszufüllen.

Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, können die beantragten Leistungen ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

Nach § 120 SGB XIV und § 116 SGB X geht der Anspruch auf Schadenersatz im Umfang der nach dem SGB XIV zu bewilligenden Leistungen auf den Kostenträger der Sozialen Entschädigung über.

### **Hinweise zu Schnellen Hilfen**

Wenn Sie wegen der Gewalttat an psychischen Problemen leiden, können Sie sich an eine von uns anerkannte Traumaambulanz wenden. Die Kontaktdaten erhalten Sie von uns oder über [www.lvr.de](http://www.lvr.de) / [www.lwl.org](http://www.lwl.org). Hier können Erwachsene auf Antrag fünf, Kinder und Jugendliche acht Stunden in einer Traumaambulanz als psychotherapeutische Intervention wahrnehmen. Bei Bedarf können auf Antrag bis zu zehn weitere Behandlungsstunden in Anspruch genommen werden.

Sie können bei Bedarf auch Unterstützung durch das Fallmanagement erhalten. Der Fallmanager oder die Fallmanagerin kann Sie im Antrags- und Leistungsverfahren unterstützen und begleiten.

# Antrag auf Leistungen wegen Schädigung durch Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der medizinischen Prophylaxe nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

An den  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Amt für Soziales  
Entschädigungsrecht  
Von-Vincke-Str. 23-25  
48153 Münster

Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde

## I Angaben zur Person

Frau  Herr  Divers

### 1. Name, Vorname

Geburtsname oder früherer Name

### 2. Geburtsdatum Geburtsort

Staatsangehörigkeit deutsch andere

### 3. Freiwillige Angaben | Telefonnummer E-Mail-Adresse

### 4. Familienstand seit (Datum) Anzahl der Kinder

### 5. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

### 6. Gesetzliche/r Vertreter\*in ODER Bevollmächtigte\*r ODER Betreuer\*in

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellsurkunde oder eine unterschriebene Vertretungsvollmacht bei.

## II Angaben zur Schutzimpfung\*

7. Tag (Datum) und Ort der Schutzimpfung

8. Art der Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe

Name des verwendeten Impfstoffes

9. Aus welchem Grund erfolgte die Impfung?\*

Grundimmunisierung Säugling/Kinder/Jugendliche

Standard-/Auffrischung Erwachsene

Schwangerschaft

Reisevorsorge

Reiseziel

beruflicher Grund  
(bitte angeben)\*

Arbeitgeber

Unfallkasse/Berufsgenossenschaft

anderer Grund  
(bitte angeben)\*

Bei einer Schutzimpfung im Ausland: Aus welchen Gründen konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?\*

10. Wer hat die Schutzimpfung durchgeführt? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)\*

Name, Vorname | Praxis

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

11. Gesundheitliche Folgen der Impfung\*

12. Werden die angegebenen Gesundheitsstörungen voraussichtlich für eine Dauer von mehr als 6 Monaten bestehen bleiben?

ja    nein

13. In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht?

Tage      Wochen      Monate

Schildern Sie bitte den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung:\*

Welche Krankheitssymptome liegen heute noch vor?\*

14. Welche anderen Personen können über den Krankheitsverlauf Auskunft geben? (Name, Anschrift)\*

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

15. Welche dieser Gesundheitsstörungen haben schon vor der Schutzimpfung bestanden?\*

16. Welche Erbkrankheiten (Epilepsie, Diabetes etc.) in der Familie – z. B. bei Eltern, Großeltern – sind Ihnen bekannt?\*

### III Angaben zu Behandlungen\*

17. Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Schutzimpfung\*

von–bis

Name, Fachrichtung, Anschrift der behandelnden Ärzte

18. Stationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen wegen der Folgen der Schutzimpfung\*

von–bis

Name, Anschrift der Krankenhäuser (Kuranstalten)

Abteilung/Station

19. Wesentliche ambulante und stationäre Behandlungen vor der Schutzimpfung\*

von–bis

Name, Anschrift der Krankenhäuser (Kuranstalten)

Abteilung/Station

20. Bei Säuglingen und Kleinkindern: Wie war der Ablauf der Geburt?\*

normal

mit folgenden Komplikationen:

## IV Weitere Angaben

### 21. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen seit Ihrer Geburt

von-bis	Name, Anschrift der Krankenkasse (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)	Geschäftszeichen/ Mitgliedsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 22. Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt oder haben Sie hierdurch eine dauerhafte Einkommensminderung erlitten? (z. B. Jobwechsel, Stundenreduzierung, Erwerbsminderungsrente)?

nein  ja  aktueller Beruf (bei Stundenreduzierung bitte Zeitanteil angeben)  Beruf oder Tätigkeit bis zur Impfung

### 23. Bei Pflegebedürftigkeit: Welchen Pflegegrad besitzen Sie?

Bitte fügen Sie soweit vorhanden den Bescheid der Pflegekasse und das MDK Gutachten bei.

### 24. Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?

nein  ja  Beginn der Arbeitsunfähigkeit  Ende der Arbeitsunfähigkeit

### 25. Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der ges. Rentenversicherung, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder ähnliches? Oder haben Sie diese Leistungen beantragt?

nein  ja  von (Anschrift)  Aktenzeichen

### 26. Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung festgestellt?

nein  ja  bei  Aktenzeichen

### 27. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?

nein  ja  von Dienststelle  Aktenzeichen

### 28. Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XIV bzw. zuvor dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), oder den Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, SVG, ZDG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG)?

nein  ja  Behörde  Aktenzeichen

### 29. Haben Sie bereits früher bei einer anderen Stelle Entschädigungsleistungen wegen des geltend gemachten Impfschadens beantragt?

nein  ja  bei  Aktenzeichen

### 30. Erhalten Sie Leistungen der Arbeitsverwaltung, Sozialhilfe oder ähnliche Leistungen?

nein  ja  von  Aktenzeichen

31. Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Bank/Geldinstitut

BIC

IBAN

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.** Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind, erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X) und den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind, den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder der/des Vertreterin/Vertreters

## Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB XIV nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Landschaftsverband in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden sowie Stellen die für das SGB IX zuständig sind die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

nein ja von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus  
(bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen):

Ort Datum Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder der/des Vertreterin/Vertreters

---

### Ich füge folgende Unterlagen bei:

Impfbuch/Impfnachweis (Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des Impfbuchs bei).

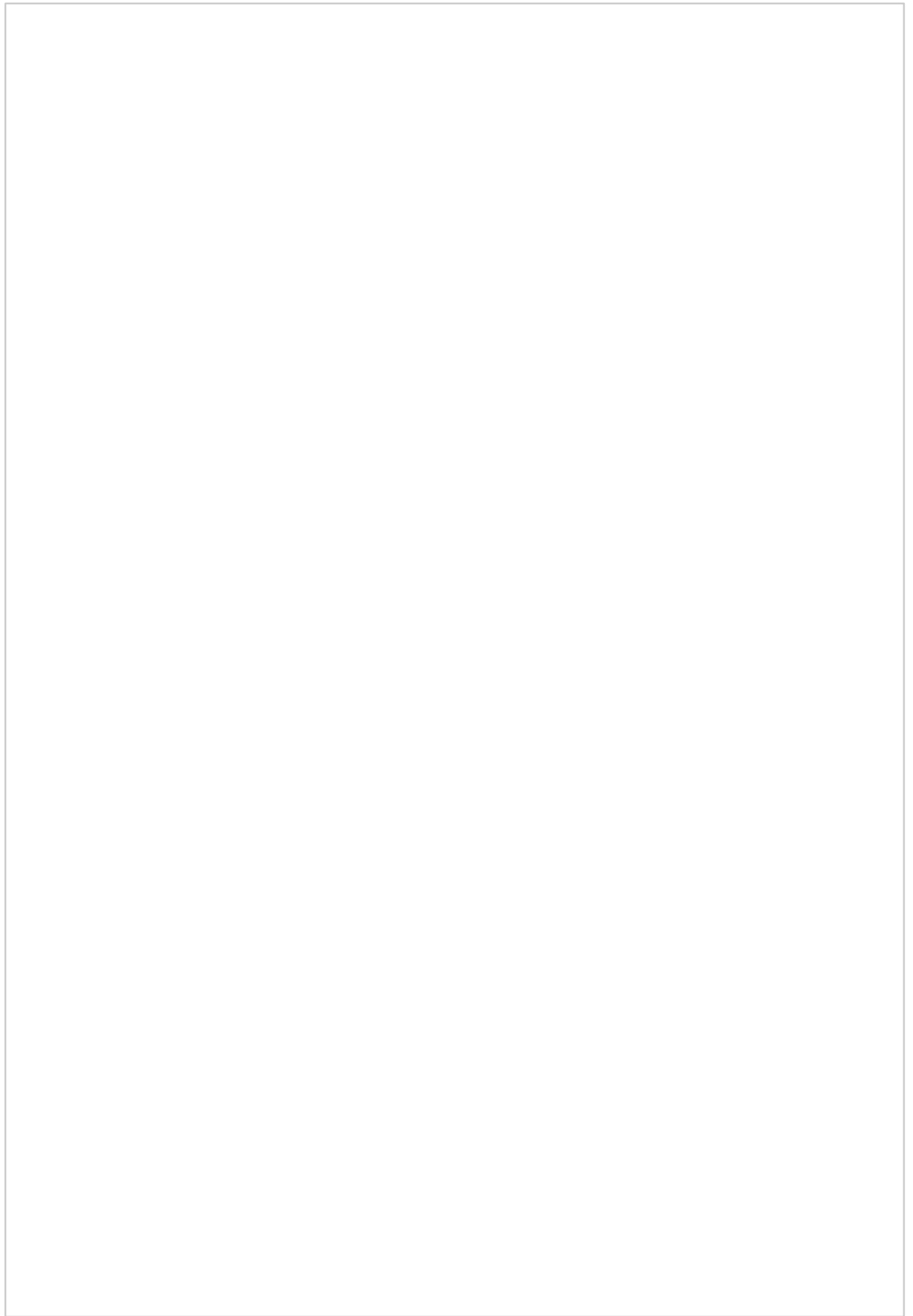
Ort Datum Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder der/des Vertreterin/Vertreters

\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

## Zusatzblatt

Bitte beschriften Sie Ihre Erläuterungen und machen kenntlich zu welcher Frage sie gehört (z. B. „zu Nr. 24“)





# Merkblatt zum Datenschutz gem. Artikel 12 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Für Antragsverfahren nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV), hier insgesamt als "Soziales Entschädigungsrecht" (SER) bezeichnet.

## Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit

Für die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen nach dem SGB XIV erheben wir persönliche Daten und ggfs. Gesundheitsdaten von Ihnen und beteiligten Angehörigen.

## Kontaktdaten des Verantwortlichen

Wenn Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich an folgende Stellen wenden:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Amt für Soziales Entschädigungsrecht  
Von-Vincke-Str. 23-25  
t. 0251/ 591-0  
ser@lwl.org

## Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Datenschutzbeauftragter  
48143 Münster  
t. 0251/591-3336  
datenschutz@lwl.org

## Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden erhoben soweit dies für die Durchführung der Aufgabe des Sozialen Entschädigungsrechts erforderlich ist.

### Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. a, Art. 9 Abs. 1 Buchst. a EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67a, 67b SGB X verarbeitet.

## Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden

Es werden folgende personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Familienstand, Erwerbstätigkeit, gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigte/r, Bankdaten (IBAN).

Sofern dies in Abhängigkeit von der von Ihnen beantragten Leistung erforderlich ist, werden zur Sachverhaltsaufklärung auch Daten insbesondere von Renten- Kranken- Pflege- und Unfallversicherungen, Jugendämtern, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Integrationsfachdiensten, Staatsanwaltschaften, Gerichten, Behörden die über die Feststellung einer Behinderung nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch entscheiden, behandelnden Ärzten und Krankenhäusern erhoben und verarbeitet.

## Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben – sofern dies notwendig ist – insbesondere an:

- » beauftragte Stellen innerhalb des LWL (technischer Fachdienst, medizinisch-psychosozialer Fachdienst, Fallmanager/innen des Dezernates) im Rahmen von erforderlichen fachbezogenen Stellungnahmen
- » extern beauftragte Gutachter/Gutachterinnen zur medizinischen Beurteilung
- » andere Sozialleistungsträger für deren gesetzlichen Aufgaben
- » Gerichte der Zivil- oder Verwaltungsgerichtsbarkeit im Falle eines Streitverfahrens
- » Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen von Meldepflichten nach dem Einkommensteuergesetz

auf der rechtlichen Grundlage des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 und § 78 SGB X.

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an einen Empfänger außerhalb der Europäischen Union und auch nicht an eine internationale Organisation weitergegeben.

## Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 67c Abs. 1 SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist verpflichtet, Ihre für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten als zahlungsbegründende Informationen 10 Jahre ab Beginn der jeweiligen Leistungsgewährung vorzuhalten.

## **Betroffenenrechte**

Nach der Europäischen 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 EU-DSGVO /§ 83 SGB X). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 EU-DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 EU-DSGVO/ § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 EU-DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht (Art. 77 Abs. 1 EU-DSGVO) bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW.

### **Kontakt**

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

t. 0211/38424-0

f. 0211/38424-10

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Internet: [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)

## **Widerrufsrecht bei Einwilligung**

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt (Art. 7 EU-DSGVO/ § 67b Abs.2 SGB X).