

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?** (Genauere 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? (Nur beantworten, wenn die Fragen unter Nr. 10 und 11 verneint werden.) Ja Nein
- 12.b) Haben Sie als Vertriebener, Flüchtling oder durch Familienzusammenführung (§§ 1, 3 und 94 BVFG) Ihren ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland genommen? (Entsprechender Nachweis ist beizufügen.) Ja Nein
- 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?

--

