

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

An den  
Landschaftsverband Rheinland  
Fachbereich Soziale Entschädigung  
50663 Köln

Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde

## Wichtige Hinweise

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.



**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                      Geschäftszeichen/  
(Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)                      Mitgliedsnummer

**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. **Nur in Ausnahmefällen: Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorzeitige Leistungen der Krankenbehandlung erhalten?** (z. B. wenn Sie nicht versichert sind oder die begehrte Maßnahme nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen wird).

nein ja Gründe

32. **Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an Kontoinhaber\*In:**

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/Vertreterers

## 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 bezieht, 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 Rheinland  
Fachbereich Soziale Entschädigung  
Deutzer Freiheit 77-79  
50673 Köln  
t. 0221/809-5401  
soziale-entschaedigung@lvr.de

## Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Landschaftsverband Rheinland  
Datenschutzbeauftragter  
50663 Köln  
t. 0221/809-2550  
datenschutzbeauftragter@lvr.de

## 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 LVR (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 Rheinland 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 Rheinland, 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 Rheinland 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).