

An das
 Amt für Versorgung und Integration Bremen
 Doventorscontrescarpe 172 D
 28195 Bremen

Bitte für amtliche Zwecke freihalten!	
Geschäftszeichen	Eingangsstempel
39-11-IfSG-	

**Antrag
 auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von
 Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz (IfSG))**

Zur Bearbeitung dieses Antrages werden Sie gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig — in Maschinen- oder Blockschrift — zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen. Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

I. Angaben zur Person

1) Name, ggf. Geburtsname, Vorname			
2) Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde beifügen)			
3) Staatsangehörigkeit		Ausländer:innen bitte Nachweis über die Staatsangehörigkeit beifügen sowie eine Kopie der Aufenthaltserlaubnis	
4) Familienstand		seit	Zahl der Kinder
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
5) Anschrift (Postleitzahl, Wohnort und Wohnung)		Telefonisch zu erreichen unter	
6) Beruf vor der Schädigung		Jetziger Beruf	
7) Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Pflegers angeben und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen			

II. Angaben zur Schädigung

1) Angabe der Gesundheitsstörungen, die durch die Impfung entstanden sind
Welche der genannten Gesundheitsstörungen liegen zur Zeit noch vor?

2) Impfdatum

3) Impfender Arzt/Krankenhaus (Ort, Straße, Hausnummer, Impfbuch beifügen)

4) Impfart (z.B. Pockenschutzimpfung)

III. Angaben über die Krankenversicherung und über ärztliche Behandlungen

1) Name und Anschrift der Krankenkasse oder Krankenversicherung

2) ggf. Name und Anschrift früherer Krankenkassen oder Krankenversicherungen (mit Versicherungszeiten)

3) Krankenhausbehandlungen wegen der Gesundheitsstörungen

von	—	bis	Name und Anschrift des Krankenhauses, Abteilung
.....		
.....		
.....		
.....		

4) Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der Gesundheitsstörungen

von	—	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes
.....		
.....		
.....		
.....		

5) Welche wesentlichen Erkrankungen oder Behinderungen haben **vor Eintritt des Impfschadens** bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?

von	—	bis	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses	wegen welcher Krankheit/Behinderung
.....		
.....		
.....		
.....		

6) Name und Anschrift des Hausarztes

IV. Sonstige Angaben

1) Haben Sie wegen der Gesundheitsstörungen, für die Sie Versorgung beantragen, bei anderen Stellen (z.B. Berufsgenossenschaft) Ansprüche angemeldet oder freiwillige Leistungen erhalten?

Nein Ja

Bezeichnung und Anschrift der Stelle	Aktenzeichen
--	--------------------------------

2) Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz)?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Versorgungsamt	Aktenzeichen

3) Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Versorgungsamt	Aktenzeichen

V. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen gestellt habe. Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das AVIB die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluß über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und einem eventuell anschließenden Widerspruchsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte von Ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen. Hierzu gehören auch Mitteilungen über die geltend gemachten oder durchgesetzten Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche.

Beigefügt sind:

- Geburtsurkunde und Meldebestätigung oder
- Kopie des Personalausweises (Vorder- und Rückseite)
- Impfbuch
- Nachweis der Staatsangehörigkeit (bei Ausländern)
-

..... ,

Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters

Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung

Das Amt für Versorgung und Integration Bremen (AVIB) informiert Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung von Anträgen nach dem OEG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG, ZDG und SGB XIV verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung sind die §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist daher gesetzlich vorgeschrieben. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, kann das AVIB Ihren Antrag nicht bzw. nicht weiterbearbeiten. Zudem kann das AVIB Ihren Antrag wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise ablehnen oder bereits getroffene Feststellungen aufheben, soweit die Voraussetzungen für die Feststellung nicht bzw. nicht mehr nachgewiesen sind.

Ihre personenbezogenen Daten werden so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung nach OEG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG, ZDG, SGB XIV und anderer vom Gesetzgeber in Gesetzen oder anderen Vorschriften, welchen der für die Verarbeitung Verantwortliche unterliegt, vorgesehen wurde. Nach diesem Zeitpunkt werden Ihre personenbezogenen Daten routinemäßig und entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gelöscht. Der Speicherzeitraum beginnt mit dem Zeitpunkt der Datenerhebung/Antragstellung.

Ihre personenbezogenen Daten werden intern den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern des Dezernates 1 – Kriegsopferfürsorge, Orthopädische Versorgung, BVG, Heil- und Krankenbehandlung, Nebengesetze weitergeleitet, sowie extern an Ihre behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, sowie an Gutachter, private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Einrichtungen, Gerichte und Sozialleistungsträger übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67 b Abs. 1 SGB X).

Das AVIB als verantwortliche datenverarbeitende Stelle ist per Mail unter office@avib.bremen.de bzw. postalisch unter Amt für Versorgung und Integration Bremen, Doventorscontrescarpe 172 D, 28195 Bremen erreichbar. Außerdem besteht die Möglichkeit, die/den Datenschutzbeauftragte(n) der Behörde per E-Mail unter Datenschutzbeauftragte@avib.bremen.de bzw. postalisch unter Amt für Versorgung und Integration Bremen, Doventorscontrescarpe 172 D, 28195 Bremen zu kontaktieren.

Webseite: www.avib.bremen.de

Gegenüber dem AVIB können folgende Rechte nach der DSGVO geltend gemacht werden:

- Auskunft über Ihre gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15)
- Berichtigung der hinterlegten personenbezogenen Daten (Art. 16)
- Löschung nicht mehr benötigter personenbezogenen Daten (Art. 17)
- Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Art. 18)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Art. 21)

Die Betroffenenrechte können formlos geltend gemacht werden.

Wenn Sie in die Verarbeitung durch das AVIB durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim AVIB widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Darüber hinaus können Sie sich an die Bremische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte(r) für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen (§ 77 DSGVO), wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen Art 6 Abs. 1 lit. c. und e DSGVO verstößt.

Beschwerden richten Sie bitte an die/den Landesbeauftragte(n) für den Datenschutz Bremen, Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven, <https://www.datenschutz.bremen.de> oder per Mail an office@datenschutz.bremen.de