

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

**Antrag
auf Gewährung einer Badekur für Beschädigte (§ 11 Abs. 2 BVG)**

1.	Angaben zur Person
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Name, ggf. Geburtsname Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort – Kreis – Land Staatsangehörigkeit
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben	
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt	
Straße, Hausnummer	
PLZ	Wohnort telefonisch tagsüber zu erreichen unter:
2.	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r ODER: <input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in * <input type="checkbox"/> bestellte/r Betreuer/in * (* Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist.) Bitte Name, Vorname und Anschrift des Vertreters oder Betreuers oder Bevollmächtigten angeben. (Ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie beifügen.) Name Vorname Straße, Hausnummer PLZ Wohnort
3.	Anspruch auf Leistungen des sozialen Entschädigungsrechts
Ich erhalte Leistungen nach dem <input type="checkbox"/> BVG <input type="checkbox"/> OEG <input type="checkbox"/> AntiDHG <input type="checkbox"/> IfSG <input type="checkbox"/> ZDG <input type="checkbox"/> HHG <input type="checkbox"/> StrRehaG <input type="checkbox"/> VwRehaG Versorgungsamt: Az.: Bescheid vom:	
4.	Angaben zu Gesundheitsstörungen, ärztlicher Behandlung, Zugehörigkeit Krankenkasse/-versicherung
4.1	Für welche Gesundheitsstörungen ist nach Ihrer Auffassung oder der Ihrer/s behandelnden Ärztin/Arztes eine Badekur erforderlich? <input type="checkbox"/> anerkannte Gesundheitsstörungen <input type="checkbox"/> sonstige Gesundheitsstörungen
4.2	Wer ist Ihre/Ihr behandelnde Ärztin/Arzt? Name Anschrift Telefon-Nr.
4.3	Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen von – bis Name – Anschrift der Krankenkasse Versicherungs-Nr. (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten.)
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichertes Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert	

5.	Sind Sie berufstätig?											
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, als: _____ _____										
6.	Haben Sie in den letzten drei Jahren eine der aufgeführten Maßnahmen durchgeführt?											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="603 385 831 421">von – bis</th> <th data-bbox="831 385 1453 421">Name – Anschrift der Einrichtung/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="603 421 831 555"><input type="checkbox"/> Kurmaßnahme</td> <td data-bbox="831 421 1453 555"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="603 555 831 689"><input type="checkbox"/> stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtung</td> <td data-bbox="831 555 1453 689"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="603 689 831 824"><input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung</td> <td data-bbox="831 689 1453 824"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="603 824 831 1093"><input type="checkbox"/> ambulante Reha-Maßnahme</td> <td data-bbox="831 824 1453 1093"></td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="229 949 759 981">Wer hat die Kosten getragen oder bezuschusst?</p>	von – bis	Name – Anschrift der Einrichtung/Klinik	<input type="checkbox"/> Kurmaßnahme		<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtung		<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung		<input type="checkbox"/> ambulante Reha-Maßnahme	
von – bis	Name – Anschrift der Einrichtung/Klinik											
<input type="checkbox"/> Kurmaßnahme												
<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtung												
<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung												
<input type="checkbox"/> ambulante Reha-Maßnahme												
7.	Haben Sie einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?											
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift der Behörde	GZ: _____										
8.	Die Reise zum/vom Kurort erfolgt grundsätzlich mit öffentlichen Verkehrsmitteln.											
	Sollte es zu einer Bewilligung der von mir beantragten Maßnahme kommen, bitte ich zusätzlich um Gewährung:											
	<input type="checkbox"/> Begleitperson für die Reise zum Kurort und zurück <input type="checkbox"/> Kurdauerbegleitung <input type="checkbox"/> Hin- und Rückreise mit privateigenem Pkw <input type="checkbox"/> Beförderung durch Dritte <input type="checkbox"/> Taxibenutzung zum nächstgelegenen Bahnhof <input type="checkbox"/>											
9.	Falls Sie unter Ziffer 8. Zusatzleistungen beantragt haben, begründen Sie dies bitte hier kurz:											
	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>											
	Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass es nicht zwangsläufig zu einer Bewilligung der unter Ziffer 8. beantragten Vergünstigungen kommen muss. Mit dem Kurbewilligungsbescheid werden Ihnen die gewährten Vergünstigungen mitgeteilt.											
10.	Erklärung											
	siehe Anlage											
	Ort, Datum _____	Unterschrift _____										

Hinweise zur Beförderung

Grundsätzliches

Im Sozialen Entschädigungsrecht gilt im Zusammenhang mit der Leistungserbringung im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung der Grundsatz der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

Die Übernahme bzw. Bewilligung von Reisekosten erfolgt gem. § 24 Abs. 1 BVG i. V. m. d. BRKG. Öffentliche Verkehrsmittel sind regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel auf dem Land- und Wasserweg und Flugzeuge. Bei Nutzung von Flugzeugen gelten besondere Bestimmungen nach dem BRKG.

Sofern Sie die Nutzung eines Flugzeuges beabsichtigen ist es zwingend erforderlich, dass Sie sich bitte vorher mit dem LASV, Abt. 2 – Soziales Entschädigungsrecht, Dezernat 22, Tel. 0355 2893 139 oder 141 in Verbindung setzen.

Die Nutzung anderer Verkehrsmittel, wie die Nutzung des privaten PKW oder die Beförderung durch Dritte ist an Voraussetzungen gebunden und bedarf der Feststellung im Bewilligungsbescheid. Voraussetzungen für derartige Fahrten sind triftige Gründe bzw. eine begründete Notwendigkeit.

Definition der Transportarten

Öffentliche Verkehrsmittel
<p>Öffentliche Verkehrsmittel sind regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel auf dem Landweg (z.B. Bus, Bahn) und Wasserweg (z.B. Fähre, Binnenschiff). Die Fahrkostenerstattung erfolgt auf Grundlage der vorgelegten Rechnungsbelege.</p>
Privater PKW
<p>Privater PKW bedeutet die Nutzung des eigenen PKW durch den Berechtigten für die Hin- und Rückfahrt zum Kurort und nach Hause.</p> <p>Die Fahrkostenerstattung erfolgt nach den Regelungen für die Wegstreckenentschädigung.</p>
Beförderung durch Dritte
<p style="text-align: center;">Privatperson übernimmt die Beförderung</p> <p>Der Leistungsumfang bei der Bewilligung der Beförderung durch Dritte beinhaltet bei notwendiger Begleitung die Gewährung der Wegstreckenentschädigung für die Hinfahrt zum Kurort mit Leerfahrt zurück und für die Leerfahrt zum Kurort und die Rückfahrt vom Kurort nach Hause (zur Abholung).</p> <p>Sofern keine Notwendigkeit für eine Begleitung besteht, wird die Wegstreckenentschädigung nur für eine Hin- und eine Rückfahrt gewährt.</p> <p>Die Fahrkostenerstattung erfolgt nach den Regelungen für die Wegstreckenentschädigung.</p>
<p style="text-align: center;">Taxi-/Fuhrunternehmen, Krankenfahrzeug, Krankentransportwagen</p> <p>Die Nutzung eines Taxi-/Fuhrunternehmens, Krankenfahrzeuges oder Krankentransportfahrzeuges bedarf der Notwendigkeit und Bewilligung. Es gilt der Grundsatz der Anwendung der Vergütungssätze entsprechend der aktuellen Preisvereinbarung der jeweiligen Krankenkasse, welcher der Leistungsberechtigte angehört.</p>

Hinweise zur Notwendigkeit und Eignung sowie Aufgaben einer Kurdauerbegleitung

Voraussetzung für die Kurdauerbegleitung:

Eine Begleitperson für die Dauer der Badekur (Kurdauerbegleitung) ist gerechtfertigt, wenn sich die Behinderungen der Berechtigten – der Kurpatienten – so erheblich auswirken, dass sie allein nicht imstande wären, die Badekur mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen.

Eignung und Aufgabe der Kurdauerbegleitung:

Eine Kurdauerbegleitung muss die Kurpatientin/den Kurpatienten während der Badekur auf vielfältige Weise unterstützen; eine eigene Badekur führt sie dabei selbst nicht durch.

Aufgaben einer Kurdauerbegleitung

Mit Hilfe der Kurdauerbegleitung soll ein bestmöglicher Kurerfolg erzielt werden.

Zu den **Aufgaben einer Kurdauerbegleitung** gehören neben der Begleitung auf dem Hin- und Rückweg zum/vom Kurort die Begleitung der Kurenden zu den Anwendungen und allen anderen therapeutischen Maßnahmen.

Mit dieser Hilfe, die auch gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, wie bei der Körperpflege, der mundgerechten Zubereitung der Nahrung, der Mobilität, beim An- und Auskleiden, beim Treppensteigen, beim Wiederaufsuchen des Zimmers und der Anwendungsräume etc. mit einschließt, soll ein bestmöglicher Kurerfolg erzielt werden.

Dies setzt eine gemeinsame Unterbringung von Berechtigten und Kurdauerbegleitung in derselben Einrichtung voraus.

Nur wenn die vorgesehene Kurdauerbegleitung in der Lage ist, die genannten Aufgaben unter Berücksichtigung des Umfangs bzw. der Schwere der Behinderung nachzukommen, ist sie als Kurdauerbegleitung geeignet.

Name: _____

Geschäftszeichen: _____

Erklärung und Information zum Antrag auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Nebengesetzen**1. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers**

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Landesamtes für Soziales und Versorgung darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten alle in Betracht kommenden gesundheitlichen Schädigungen festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten und anderen Stellen ein, die ich im Antrag angegeben habe. Das schließt die Unterlagen und Auskünfte ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

In Kenntnis dessen **willige ich ein**, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus den überlassenden Unterlagen ersichtlichen **Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen alle medizinischen Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang anfordert**, wie diese Aufschluss über die mir vorliegenden gesundheitlichen Schädigungen geben können.

Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die beteiligten Ärzte und sonstigen beteiligten Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Sie gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Ärztliche Untersuchungen, die während dieses Verwaltungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt für Soziales und Versorgung **umgehend mitteilen**. Sofern ich mit der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen einverstanden bin, werde ich dies bei der Mitteilung erklären und insoweit auch die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

2. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Das Landesamt für Soziales und Versorgung möchte Sie darüber informieren, dass es **medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die es gemäß Ziffer 1 mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit **weitergeben darf**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf es diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB).

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziffer 1) ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers – nicht die des ggf. Bevollmächtigten – erforderlich.

Ort, Datum_____
Unterschrift

Wortlaut Gesetzestexte

§ 66 SGB I – Folgen fehlender Mitwirkung

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 69 SGB X (Auszug) – Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben

(1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens ...

§ 76 SGB X (Auszug) – Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbezugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
2. im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3 ...

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

Telefax: 0331 27548-4548

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Liane Klocek.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutzbeauftragter@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich: **Bearbeitung von Versorgungsangelegenheiten nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären sowie dem Unterstützungsabschlussgesetz (Un-AbschlG) und dem Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG).**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg

Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0

Telefax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.la.brandenburg.de