

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:											
	_____ _____ _____ _____											
	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-/Führunternehmen, Krankenfahrzeug, Krankentransportwagen</p> <p>Die Nutzung eines Taxi-/Führunternehmens, 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: _____

Information und Erklärung zum Antrag auf Gewährung von Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären sowie dem Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG) und dem Unterstützungsabschlussgesetz (UntAbschIG)

Mir ist bekannt, dass im Rahmen meiner Versorgungsangelegenheit nach dem Sozialen Entschädigungsrecht zur Prüfung der Schädigungsfolgen und aller in Betracht kommenden Leistungen aktuelle Angaben über meinen Gesundheitszustand und ggf. über meine Einkommensverhältnisse benötigt werden. Soweit meine Angaben und Unterlagen für eine sachgerechte Beurteilung nicht ausreichen, ist die zuständige Versorgungsbehörde auf weitere Unterlagen und Auskünfte der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen und sonstigen Stellen angewiesen, auch soweit diese von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind.

1. Übermittlung personenbezogener Daten

Ich nehme zur Kenntnis, dass die zuständige Versorgungsbehörde meine personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 1 DSGVO), insbesondere auch Gesundheitsdaten (Art. 4 Nr. 15 DSGVO), erfasst und speichert (§ 67 c SGB X), an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger, Hauptfürsorgestellen) im erforderlichen und erlaubten Umfang für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermitteln darf. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf das LASV diese personenbezogenen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel an mit medizinischer Begutachtung beauftragende Gutachter*innen) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Darüber hinaus darf sich die zuständige Versorgungsbehörde personenbezogene Daten von anderen Sozialleistungsträgern übermitteln lassen, soweit diese für die eigene Aufgabenwahrnehmung erforderlich sind. Die gesetzliche Grundlage für die Übermittlung personenbezogener Daten sind Art. 6 und 9 DSGVO i.V.m. §§ 69 Absatz 1 Nummer 1 und 2 sowie § 76 Absatz 2 Nummer 1 SGB X.

Mir ist bekannt, dass ich einer solchen Übermittlung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.

2. Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Sofern ich **Beschädigtenversorgung** beantragt habe bzw. soweit es für eine Entscheidung über meinen Antrag auf **Hinterbliebenenversorgung** notwendig ist bin ich damit einverstanden, dass die zuständige Versorgungsbehörde von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus den überlassenen Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden (z. B. Gesundheits- und Jugendämtern), Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft), Gerichten und sonstigen Personen und Stellen Unterlagen (insbesondere medizinische Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder) und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände, insbesondere auch meinen Gesundheitszustand, geben können. Meine Einwilligung erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen.

Meine Einwilligung erstreckt sich ebenfalls auf Auskünfte über meine Einkommensverhältnisse bei Arbeitgebern, Finanzämtern, Renten-, Unfall- und Sozialversicherungsträgern, Agenturen für Arbeit, Kranken- und Pflegekassen und anderen Stellen i.S.d. § 12 SGB X, sofern deren Angaben für die Entscheidung über einkommensabhängige Leistungen erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung **freiwillig** ist und von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen **beschränkt bzw. widerrufen** werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

In Kenntnis dessen entbinde ich die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte und sonstigen Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht und willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten und Daten zu meinen Einkommensverhältnissen, durch die zuständige Versorgungsbehörde für die obengenannten Zwecke ein.

Von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

- bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ich weiß, dass das LASV dann nur nach Lage des Akteninhalts prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.

Ort, Datum

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

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