

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

## Antrag

**auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Aufhebung rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen im Beitrittsgebiet – Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)**

<b>1.</b>	<b>Angaben zur Person</b>		
1.1	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		
	Name, ggf. Geburtsname		Vorname
	Geburtsdatum	Geburtsort – Kreis – Land	Staatsangehörigkeit
	Familienstand: (Ggf. bitte Nachweis beifügen.) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben		
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Bitte Meldebescheinigung beifügen.) Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	telefonisch tagsüber zu erreichen unter:
	<b>Wohnsitz vor der Verwaltungsentscheidung:</b>		
	<b>Bei Ausländern:</b> (Bitte Aufenthaltstitel oder Niederlassungserlaubnis bzw. Aufenthaltsgestattung der Ausländerbehörde in Fotokopie beifügen, soweit vorhanden.)  In der Bundesrepublik ununterbrochen wohnhaft seit: _____ Handelt es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt von längstens sechs Monaten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.2	derzeitige Tätigkeit:		frühere Tätigkeit (vor der Verwaltungsentscheidung):  frühere Tätigkeit (nach der Verwaltungsentscheidung):
	Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Tätigkeit besonders betroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Gründe: _____		
	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen (Umschulung u. ä.) interessiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Gründe: _____		
1.3	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r ODER:  <input type="checkbox"/> bestellte/r Betreuer/in * (* Bei Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist.) Bitte Name, Vorname und Anschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten angeben. (Ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie beifügen.)		
	Name		Vorname
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	

<b>2.</b>	<b>Angaben zu den rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidungen</b>		
2.1	Wegen welcher Maßnahme(n) wird Versorgung beantragt?		
	<b>Art und Ort der Maßnahme / Welche Stelle bewirkte die Maßnahme?</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
2.2	Haben Sie eine Rehabilitierungsentscheidung nach dem VwRehaG beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein, noch nicht beantragt	<input type="checkbox"/> ja, wurde beantragt (Bitte Nachweis beifügen.)	
	<input type="checkbox"/> wurde abgelehnt (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Rehabilitierung ist erfolgt (Bitte Nachweis beifügen)	
<b>3.</b>	<b>Angaben zu Gesundheitsstörungen *)</b>		
3.1	Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt und welche Gesundheitsstörungen liegen jetzt noch vor?		
3.2	Welche Gesundheitsstörungen haben vor Eintritt des schädigenden Ereignisses bestanden?		
<b>4.</b>	<b>Angaben zum schädigenden Ereignis</b>		
4.1	Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt? (Genauere Schilderung der Ursachen mit Angabe von Zeit und Ort)		
4.2	Name und Anschrift der Zeugen		
4.3	Inwieweit stehen die unter 3.1 geltend gemachten Gesundheitsstörungen mit der rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme im Zusammenhang?		
<b>5.</b>	<b>Angaben zu ärztlichen und sonstigen Behandlungen sowie zur Krankenversicherung *)</b>		
5.1	ärztliche Behandlung in zeitlichem Zusammenhang mit der rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme		
	von – bis	Genauere Bezeichnung	Grund der Behandlung

5.2	stationäre Behandlungen wegen der unter 3.1 aufgeführten Gesundheitsstörungen nach Eintritt des schädigenden Ereignisses			
	von – bis	Name – Anschrift der Krankenhäuser	Grund der Behandlung Abteilung/Station	
5.3	sonstige ärztliche Behandlungen wegen der unter Nr. 3.1 aufgeführten Gesundheitsstörungen nach Eintritt des schädigenden Ereignisses			
	von – bis	Name – Anschrift der behandelnden Ärzte	Abteilung/Station	
5.4	Name und Anschrift des Hausarztes			
5.5	Bei welchen anderen Stellen befinden sich ärztliche Unterlagen/Gutachten über die bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen – z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Pflegekasse -?			
	Name – Bezeichnung	Anschrift	Geschäftszeichen	
5.6	Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen <b>vor und nach</b> Eintritt des schädigenden Ereignisses			
	von – bis	Name – Anschrift der Krankenkasse	des jeweiligen Arbeitgebers	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			
<b>6.</b>	<b>Sonstige Angaben</b>			
6.1	Name / Anschrift Ihres Rentenversicherungsträgers			
	Versicherungsnummer:			
	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Leistungen nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte oder haben Sie diese beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde			
		GZ:		

6.2	Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen oder haben Sie diese beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde	GZ:
6.3	Haben Sie wegen der Folgen der Schädigung Anspruch auf Leistungen gegenüber weiteren Leistungsträgern (z.B. Krankenkassen, privater Krankenversicherung, Unfallversicherungsträger u.a.) oder haben Sie diese beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde	GZ:
6.4	Erhalten Sie Leistungen von sonstigen Sozialleistungsträgern (z. B. Sozialamt, Agentur für Arbeit oder aus dem Ausland) oder haben Sie diese beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde	GZ:
6.5	Haben Sie einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde	GZ:
6.6	Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder haben Sie diese beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde	GZ:
6.7	Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an <b>Kontoinhaber:</b>	
	<b>Geldinstitut:</b>	<b>Bankleitzahl:</b>
	<b>BIC/Swift-Code:</b>	<b>Konto-Nr.:</b>
		DE
7.	<b>Versicherung</b>  Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Ich habe bei keiner anderen Stelle einen Antrag auf Versorgung gestellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Bezüge zurückgezahlt werden müssen.	
8.	<b>Erklärung</b>  siehe Anlage  <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Ort, Datum</span> <span>Unterschrift</span> </div>	

\*) Bitte verwenden Sie das beiliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.





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](mailto:post@lasv.brandenburg.de)

Internet: [www.lasv.brandenburg.de](http://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](mailto: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](mailto:poststelle@lda.brandenburg.de)

Internet: [www.la.brandenburg.de](http://www.la.brandenburg.de)