



Eingangsstempel:

Geschäftszeichen:

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
Soziales Entschädigungsrecht
Lipezker Straße 45
03048 Cottbus

Antrag

auf Gewährung von Hinterbliebenenversorgung nach Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen auf spezifische Prophylaxe nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV)

1. Angaben zur Person des Verstorbenen

1.1

Name, ggf. Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort – Kreis – Land

Staatsangehörigkeit

Letzte Anschrift

Todesstag

Todesort (auch ggf. Anschrift des Krankenhauses angeben)

Todesursache

Familienstand zum Zeitpunkt des Todes (ggf. Nachweis beifügen)

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- getrennt lebend
- eingetragene Lebenspartnerschaft
- Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben

Anzahl der Kinder

Bei welchem Standesamt ist der Tod beurkundet? (Bitte Sterbeurkunde beifügen)

1.2 War der/die Verstorbene als Beschädigte(r) nach dem SGB XIV oder dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) als Beschädigte(r) anerkannt?

- nein
 ja

Anschrift der Behörde:

Geschäftszeichen: _____

Wenn ja, brauchen die Fragen zu Punkt 2 nicht beantwortet werden!

2. Angaben zum schädigenden Ereignis

2.1 Um welche Impfung handelte es sich?

Tag der Impfung bzw. Maßnahme

Ort der Impfung bzw. Maßnahme

- Erstimpfung
 Wiederholungsimpfung

2.2 Ist der Impfschaden dem Gesundheitsamt gemeldet worden?

- ja
 nein

2.3 Gesundheitliche Folgen der Impfung bzw. Maßnahme:

3. Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragstellers (Witwe/Witwer)

- Frau
 Herr
 Divers

Name, ggf. Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort – Kreis – Land

Staatsangehörigkeit

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Bitte Meldebescheinigung beifügen)

Straße, Hausnummer

Tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer:

Postleitzahl

Wohnort

3.2 Bevollmächtigter ODER:

gesetzliche/r Vertreter/in *

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.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

3.3 Eheschließung mit dem Verstorbenen

nein

ja (Bitte Heiratsurkunde beifügen)

Ort, Datum:

3.4 War die Ehe mit dem Verstorbenen geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?

nein

ja (Bitte gerichtliches Urteil beifügen)

4. Angaben zu ärztlichen / sonstigen Behandlungen und zur Krankenversicherung der/des Verstorbenen

4.1 ambulanten / stationäre Behandlung

von - bis

Name des Arztes / der Einrichtung

Grund der Behandlung

von - bis

Name des Arztes / der Einrichtung

Grund der Behandlung

von - bis

Name des Arztes / der Einrichtung

Grund der Behandlung

4.2 Name und Anschrift des Hausarztes

4.3 Bei welchen anderen Stellen befinden sich ärztliche Unterlagen/Gutachten über die bis zum Zeitpunkt des Todes bestehenden Gesundheitsstörungen z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Pflegekasse?

_____	_____	_____
Name - Bezeichnung	Anschrift	Geschäftszeichen
_____	_____	_____
Name - Bezeichnung	Anschrift	Geschäftszeichen
_____	_____	_____
Name - Bezeichnung	Anschrift	Geschäftszeichen

4.4 Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

_____	_____	_____	_____
von - bis	Name – Anschrift der Krankenkasse	des jeweiligen Arbeitgebers	Versicherungsnummer
_____	_____	_____	_____
von - bis	Name – Anschrift der Krankenkasse	des jeweiligen Arbeitgebers	Versicherungsnummer
_____	_____	_____	_____
von - bis	Name – Anschrift der Krankenkasse	des jeweiligen Arbeitgebers	Versicherungsnummer

5. Kinder der/des Verstorbenen, für die Waisenrente beantragt wird?

5.1

_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	Geb.-Datum	Angabe, ob leibliches Kind, an Kindes statt angenommen, Stiefkind, Pflegekind	Familienstand

_____	_____
Anschrift (bitte amtliche Meldebescheinigung beifügen)	Falls über 18 Jahre: Schul-, Berufsausbildung oder Gebrechlichkeit?

5.2 Leben außer den Antragstellern noch weitere Angehörige des Verstorbenen z. B. Eltern, Kinder – auch nichteheliche-, Witwe(r), geschiedene Ehefrau/Ehemann?

nein ja (Bitte Name, Vorname, Anschrift und Verwandtschaftsverhältnis angeben)

1. _____

2. _____

Beziehen oder bezogen diese Angehörigen Versorgung nach dem Verstorbenen?

nein ja, bei:

6. Sonstige Angaben

6.1 Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers

Versicherungsnummer:

Beziehen die Antragsteller Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie diese beantragt?

nein ja, Anschrift der Behörde, Geschäftszeichen

6.2 Beziehen die Antragsteller Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen oder haben Sie diese beantragt?

nein ja, Anschrift der Behörde, Geschäftszeichen

6.3 Beziehen die Antragsteller Leistungen von sonstigen Sozialleistungsträgern (z. B. Sozialamt, Agentur für Arbeit oder aus dem Ausland) oder haben Sie diese beantragt?

nein ja, Anschrift der Behörde, Geschäftszeichen

6.4 Bezog die/der Verstorbene Leistungen nach dem SGB XIV oder dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder wurden diese beantragt?

nein ja, Anschrift der Behörde, Geschäftszeichen

6.5 Beziehen die Antragsteller bereits Leistungen nach dem SGB XIV (wegen Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, Ereignissen im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes, Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe), dem Häftlingshilfegesetz, dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, dem Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder haben Sie diese beantragt?

nein ja, Anschrift der Behörde, Geschäftszeichen

6.6 Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

DE

IBAN:

BIC/Swift-Code:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

7. Erklärung

Bitte vergessen Sie nicht die ausgefüllte und unterzeichnete [Schweigepflichtentbindungserklärung](#) mitzuschicken.

Anlage: [Datenschutzerklärung](#)

Ort, Datum

Unterschrift