

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

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

**Kurzantrag auf Leistungen für Gewaltopfer nach dem Gesetz (OEG)**  
**über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten**

**Angaben zur Person**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Angaben zur Gewalttat:**

\_\_\_\_\_

**Angaben zu den Gesundheitsstörungen:**

Zu welchen körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?

---

**Anlagen:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindungserklärung               | <input type="checkbox"/> Meldebestätigung                    |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde/Heiratsurkunde                     | <input type="checkbox"/> Bestätigung/Erstattung Strafanzeige |
| <input type="checkbox"/> in meinen Händen befindliche ärztliche Unterlagen |  |
| <input type="checkbox"/> Bescheid SGB IX (Schwerbehindertenangelegenheit)  |  |
| <input type="checkbox"/> Leistungsbescheid Unfallversicherungsträger       |  |

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers:

## 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 das Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) im Rahmen meiner Versorgungsangelegenheit nach dem Sozialen Entschädigungsrecht zur Prüfung der Schädigungsfolgen und aller in Betracht kommenden Leistungen aktuelle Angaben über meinen derzeitigen Gesundheitszustand und ggf. über meine Einkommensverhältnisse benötigt. Soweit meine Angaben **und Unterlagen für** eine sachgerechte Beurteilung nicht ausreichen, ist das Landesamt für Soziales und Versorgung 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 das LASV meine personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 1 DSGVO), insbesondere auch Gesundheitsdaten (Art. 4 Nr. 15 DSGVO) an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) 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 zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Darüber hinaus darf sich das LASV 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. Einwilligungs- 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 das LASV von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus **den überlassenen** Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer **Ärztlichen Dienste**), Gerichten und sonstigen Personen und Stellen medizinische Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über meinen derzeitigen 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 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung **freiwillig** ist und von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen **widerrufen** werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Widerspruchsverfahren. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung nachstehend vermerkt.

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

**In Kenntnis dessen entbinde ich die genannten Ärztinnen/Ärzte und sonstigen schweigepflichtigen Personen von ihrer Schweigepflicht und willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten und Daten zu meinen Einkommensverhältnissen, durch das LASV 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 Akteninhalt prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellenden oder des gesetzlichen Vertreters

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 27548-4523

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 (UntAbschIG) 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 stattgefundene 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)