



Antrag auf Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

An das

Zentrum Bayern Familie und Soziales
Region Niederbayern
84028 Landshut

Bitte Feld frei lassen für Eingangsvermerk
der Behörde

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen

Bitte verwenden Sie Seite 6 für Zusatzangaben, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

I. Angaben zur Person

1. Nachname: _____		Vorname: _____	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		ggf. Geburts- oder frühere Namen _____	
2. Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ), Geburtsort: _____ _____		3. * Freiwillige Angaben Telefonnummer (tags- über):* _____ E-Mail-Adresse:* _____	
4. Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben		Seit: _____	Zahl der Kinder: _____
5. Straße und Hausnummer: _____		PLZ, Ort: _____	
6. <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin <input type="checkbox"/> Betreuer/Betreuerin Name, Vorname und Anschrift: _____ _____		ODER <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter/Bevollmächtigte	
(Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellungsurkunde bzw. des Betreuerausweises oder der Vollmacht bei)			

II. Angaben zum angeschuldigten Ereignis (z. B. Impfung, spezifische Prophylaxe)

Bitte Impfpass oder sonstigen Nachweis, aus dem auch der verwendete Impfstoff hervorgeht, beifügen

1. Tag _____ 2. Ort und Land _____

3. Impfende/r Arzt/Ärztin (Name und Anschrift) _____

4. Die Impfung oder spezifische Prophylaxe erfolgte gegen _____ Impfstoff _____

5. Zuständiges Gesundheitsamt (Bezeichnung und Anschrift) _____

6. **Erfolgte das angeschuldigte Ereignis aus berufsbezogenen Gründen (z.B. als Maßnahme der arbeitsmedizinischen Vorsorge oder des Arbeitsschutzes)?**
 Nein Ja

Wenn Ja:

Beruf: _____

Arbeitgeber (Name und Anschrift): _____

Berufsgenossenschaft (Name, Anschrift): _____

Wurde der Vorfall Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?
 Ja, Aktenzeichen: _____ Nein, weil: _____

III. Angaben zu Gesundheitsstörungen durch das angeschuldigte Ereignis

1. Welche Gesundheitsstörungen werden als Folge des angeschuldigten Ereignisses i. S. des IfSG geltend gemacht?

2. Liegen diese heute noch vor?
 ja, folgende: _____
 nein

IV. Angaben zu ärztlichen Behandlungen aufgrund des angeschuldigten Ereignisses

1. **Stationäre Behandlung**

vom	bis	Name, Anschrift des Krankenhauses / der Reha-Einrichtung:	Station
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(weiter Seite 3)

IV. Fortsetzung von Seite 2

2. Ambulante Behandlung

Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?

vom bis Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin Fachrichtung

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem angeschuldigten Ereignis bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?*

keine folgende:

Ärztliche Behandlung
von bis

Name, Anschrift Arzt/Ärztin

Gesundheitsstörung

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Angaben über Familienkrankheiten

Sind in der Familie Erbkrankheiten, wie z.B. Epilepsie, Diabetes etc. bekannt?

keine folgende:

5. Fühlen Sie sich durch die Folgen des angeschuldigten Ereignisses in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

Nein Ja

Wenn Ja: Beruf/Tätigkeit, ggf. Studium vor dem angeschuldigten Ereignis:

In welcher Form fühlen Sie sich beeinträchtigt (bitte begründen):

V. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

Krankenversicherung der geimpften Person - bitte lückenlos seit der Geburt -

von bis Bezeichnung der Krankenkasse, Anschrift und Versicherungsnummer Familienmitglied Nein / Ja, bei:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VI. Nur wenn das angeschuldigte Ereignis im Kindesalter stattfand (sonst weiter mit VII.):

- Bitte Mutterpass und Kinder-Untersuchungsheft beifügen!

1. Eltern der betroffenen Person			
	Elternteil 1 (Mutter)	Elternteil 2 (Vater oder anderer Elternteil)	
Name:	_____	_____	
Vorname:	_____	_____	
geboren am:	_____	_____	
2. Krankenversicherung der Eltern			
vom – bis	- Bezeichnung der Krankenkasse, - Anschrift und Versicherungsnummer - Familienmitglied Nein/Ja, bei	- Bezeichnung der Krankenkasse, - Anschrift und Versicherungsnummer - Familienmitglied Nein/Ja, bei	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
3. Angaben zur Geburt			
Die betroffene Person wurde geboren			
<input type="checkbox"/> im Krankenhaus (Bezeichnung des Krankenhauses und Anschrift) oder <input type="checkbox"/> in der Wohnung (Anschrift):			

Bei der Geburt waren anwesend			
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin (Name und Anschrift):			

<input type="checkbox"/> Hebamme (Name und Anschrift):			

4. Krankheiten der Mutter während der Schwangerschaft:			

5. Wegen der o.a. Krankheiten während der Schwangerschaft wurde die Mutter behandelt durch:			
vom	bis	Name und Anschrift des Arztes/der Ärztin bzw. des Krankenhauses und der Abteilung	Behandlung wegen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VII. Weitere Angaben

1. Wurde schon früher ein Antrag auf Versorgung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) bzw. dem früher geltenden Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) gestellt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (wann und bei welcher Stelle?)

2. Haben Sie schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) gestellt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Antrag gestellt bei _____ Aktenzeichen _____

(weiter Seite 5)

Zusatzblatt zum Antrag nach dem Infektionsschutzgesetz:

**Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und
Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht**

Vor- und Zuname		Aktenzeichen:
Anschrift		

Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:
Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) von Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen, Stellen und Leistungserbringern, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im erforderlichen Umfang Auskünfte einholt und die vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder, Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgegeben werde.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren sowie für ein ggf. erforderliches Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Keine Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen **nicht** eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

**Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) und
Entbindung von der Schweigepflicht im Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht**

Vor- und Zuname		Aktenzeichen:
Anschrift		

Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:
Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) von Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen, Stellen und Leistungserbringern, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im erforderlichen Umfang Auskünfte einholt und die vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder, Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgegeben werde.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren sowie für ein ggf. erforderliches Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Keine Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: _____

Folgende Unterlagen dürfen **nicht** eingeholt werden: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____