



**Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch  
(SGB XIV)**

**Gesundheitliche Schädigung im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes § 23 SGB XIV**

Name / Adresse der Versorgungsbehörde  Landratsamt Konstanz Amt für Gesundheit und Versorgung -Soziales Entschädigungsrecht- Scheffelstraße 15 78315 Radolfzell	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
---	--

**Art des Antrags**

Art des Antrags	<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag
-----------------	---

**Beantragende Person**

<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Als Betreuer/in <input type="checkbox"/> Als Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Sonstige:
--

**Angaben zur geschädigten Person**

Familienname		Vornamen		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)				
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		
Staatsangehörigkeit				



**Angaben zur Betreuungsperson oder bevollmächtigten Person**

Familiennamen		Vornamen		
Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation, in der die Betreuungstätigkeit ausgeübt wird				
Beziehung zur antragstellenden Person				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach	Land (falls nicht Deutschland)			
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		

**Angaben zur verstorbenen Person (nur bei Sterbefällen als hinterbliebene Person auszufüllen, ansonsten weiter auf S. 3 „Weitere Angaben“)**

Familiennamen		Geburtsnamen		
Vornamen				
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland Land (falls außerhalb von Deutschland):				
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Staatsangehörigkeit				
Sterbedatum		Sterbeort		
Todesursache				
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Verhältnis zur verstorbenen Person		<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Sonstige:		
<b>Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen-/Witwerverhältnis“ auszufüllen)</b>				
Datum der Eheschließung		Ort der Eheschließung		
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	



Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbweise geworden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person		<input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichteelich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	
Familiennamen der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
<b>Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Familiennamen		Vornamen	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			
<b>Weitere Ansprüche</b>			
Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name der Rentenversicherung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort

### Weitere Angaben

<b>Angaben zur bisherigen Tätigkeit</b>			
Haben Sie unmittelbar vor Einberufung zum Zivildienst eine berufliche Tätigkeit ausgeübt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name des letzten Arbeitgebers			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Land (falls nicht Deutschland)			



<b>Angaben zum Zivildienst</b>			
Beginn Zivildienst		Ende Zivildienst	
Name der Einrichtung, in der Sie Zivildienst geleistet haben			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Land (falls nicht Deutschland)			
Personenkennziffer		Ende der Dienstbezüge (Datum)	
<b>Weitere Angaben</b>			
Handelt es sich um einen Verkehrsunfall?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum des Verkehrsunfalls	Startort	Ziel	
Wegstrecke			
Wurden bereits polizeiliche Ermittlungen durchgeführt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Polizeidienststelle		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach			
Wird die Angelegenheit von der Staatsanwaltschaft bearbeitet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aktenzeichen/Geschäftszeichen, Adresse der Staatsanwaltschaft			
Wird der Schadensfall bereits vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bearbeitet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aktenzeichen/Geschäftszeichen			
Haben Sie aufgrund vertraglicher Abmachungen Anspruch auf Krankenbehandlung bzw. Heilbehandlung gegen einen Dritten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Angaben zum schädigenden Ereignis

Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?	
Tatort	Tatzeit (Datum und Uhrzeit)



Gibt es Zeugen für das Geschehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name und Anschrift der Zeugen (soweit bekannt)	
1.	
2.	
3.	

### Angaben zu den gesundheitlichen Folgen des schädigenden Ereignisses

Zu welchen Gesundheitsstörungen hat das schädigende Ereignis geführt?	
Liegen diese Gesundheitsstörungen heute noch vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestanden vor dem schädigenden Ereignis bereits Gesundheitsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Welche Gesundheitsstörungen bestanden bereits vor dem schädigenden Ereignis?	
Waren Sie wegen dieser zuvor bestehenden Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name und Anschrift der Praxis/Klinik ( <b>bitte Befunde mitschicken</b> )	

### Angaben zur medizinischen Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses

**Wichtiger Hinweis:** Bitte senden Sie uns alle Ihnen vorliegenden Befunde / Arztberichte mit, die in Zusammenhang mit der Gewalttat stehen. Hierdurch verkürzt sich die Verfahrensdauer.

Waren Sie wegen der Gesundheitsstörungen nach dem schädigenden Ereignis in stationärer oder ambulanter Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name der Klinik/Praxis und der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort



Land (falls nicht Deutschland)
Behandlungszeitraum /-räume
Name und Anschrift weiterer behandelnder Ärztinnen/Ärzte in Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis  1.  2.
Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes
Sämtliche Befunde und Arztberichte sind dem Antrag beigelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Angaben zur Krankenversicherung

Form der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	
Hat dieses Versicherungsverhältnis während des Zivildienstes bestanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Name der Krankenversicherung			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Postfach			
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	

### Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

### Sonstige Angaben

<b>Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten</b>	
Haben Sie wegen der hier angegebenen Gesundheitsschädigungen Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung



		<input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) <input type="checkbox"/> Ausländische Entschädigungssysteme <input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger:	
Name der Stelle/Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
<b>Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall</b>			
<u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u>  Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und Besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft. Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen.			
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer Berufsausübung/Tätigkeit beeinträchtigt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis beeinträchtigt?			
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse?			
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?			
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?			
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?			
<b>Angaben zur Behinderung</b>			
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen	



<b>Antrag auf Versorgung</b>	
Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, um was für einen Antrag bzw. Leistung handelt es sich?	
Name der Behörde	Aktenzeichen
<b>Unterstützung bei der Antragstellung</b>	
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?	





## Erklärungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden: Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder 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.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	<input type="checkbox"/> Ja
---	-----------------------------



**Ich nehme zur Kenntnis, dass** die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) und
  - den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
  - den Hauptfürsorgestellten,
  - den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)
  - sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit
- übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

**Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der  
sorgeberechtigten (bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide  
Sorgeberechtigten unterschreiben), bevollmächtigten oder  
betreuenden Person:

.....

.....

Name, Vorname in Druckbuchstaben: .....