

An das
Landratsamt

Eingangsstempel

Aktenzeichen

/

OEG - B

ANTRAG

auf Gewährung von **Beschädigtenversorgung** nach dem Gesetz über die
Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

1. Familienname, Vorname (ggf. Geburtsname)	
2. Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
3. Geburtsort, Kreis, Land	
4. Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Telefon)	
5. Staatsangehörigkeit(en) - Herkunftsland	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstiger Ausländer (vgl. Nr. 21) <input type="checkbox"/> EU-Angehöriger <input type="checkbox"/> staatenlos
6. Beruf	a) vor Eintritt der Schädigung: b) nach Eintritt der Schädigung:
7. Familienstand a) Name des Ehegatten b) Namen der Kinder (mit Geburtstagen)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Vor- und Zuname Geburtsname Geburtsdatum 1. 2. 3. 4.

8. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?

9. Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?		
Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Ort, Land	Ursache der Gesundheitsstörung

9. a) Wurde das schädigende Ereignis einer Polizeidienststelle angezeigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welcher:
Tagebuch-Nummer der Anzeige:
9. b) Haben Sie Strafantrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde kein Strafantrag gestellt, benennen Sie bitte die hierfür maßgeblichen Gründe: *)

*)Bitte Hinweis auf Seite 4 beachten!

- Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass ggf. vorhandene Ermittlungsakten von Polizei und Staatsanwaltschaft sowie Gerichtsakten, soweit sie zur versorgungsrechtlichen Bewertung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem OEG notwendig sind, vom Landratsamt beigezogen werden.

- Wenn Sie Strafantrag gestellt haben entfällt die Beantwortung der Fragen 9. c) bis 9. f)

➔ bitte weiter bei Frage 10. a)

9. c) Wie hat sich das schädigende Ereignis zugetragen? Ggf. ausführliche Schilderung auf Beiblatt anfügen.
9. d) Benennen Sie bitte mögliche Zeugen mit Namen und Anschrift und fügen Sie vorhandene Nachweise bei.

9. e) Name(n) der schädigenden Person(en) - falls bekannt - .		
Nr.	Name, Vorname	Straße, PLZ, Wohnort
1.		
2.		
3.		

9. f) Sind Sie mit den unter 9. e) genannten Personen verwandt oder verschwägert.			
Nr.	Ja	Nein	Wenn ja, bitte erläutern
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Ja	Nein
10.a) Hat der Schädiger seine Schadensersatzpflicht schriftlich anerkannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.b) Hat der Schädiger bereits Ersatz geleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen stationär behandelt?			
von	bis	Ort	Bezeichnung des Krankenhauses oder dergl. (genaue Anschrift)

12. Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der unter Nr. 8 genannten Gesundheitsstörungen:						
von	bis	Krankheit	behandelnder Arzt mit Anschrift	arbeitsunfähig von	arbeitsunfähig bis	Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?

	Ja	Nein
13. Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon vor Eintritt der Schädigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

14. Welchen Krankenkassen haben Sie vor Eintritt der Schädigung angehört?			
von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Arbeitgeber

22.2 Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden	
- Ärzten	wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 11-13
- Krankenhäusern/Kuranstalten/Heilstätten	wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr. 11-13
Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind. Ich entbinde diese Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.	

22.3 Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden Trägern der Sozialversicherung und anderen Stellen (Nr. 14-19)
Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht. Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch). Als Unterlagen sind beigefügt (alle Angaben sind möglichst zu belegen , z.B. durch Krankenpapiere, frühere Rentenbescheide, Zeugenaussagen, Aufenthaltsbescheinigung usw.):

Ort, Datum , den	Eigenhändige Unterschrift – Vor- und Zuname – des Antragstellers
Bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Vormundes	

Hinweis für den Antragsteller:

Nach § 2 Absatz 2 OEG können Leistungen versagt werden, wenn der Geschädigte es unterlassen hat, das ihm Mögliche zur Aufklärung des Sachverhaltes und zur Verfolgung des Täters beizutragen, insbesondere unverzüglich Anzeige bei einer für die Strafverfolgung zuständigen Behörde zu erstatten.

Anlage: Wichtige Hinweise zur Datenerhebung

Hinweis für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland: Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit Eingangsstempel oder –vermerk zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist stets eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Landratsamt abzugeben (§ 16 SGB I).