


Landesamt für Gesundheit und Soziales Abteilung Soziales / Versorgungsamt Dezernat <input type="checkbox"/> Neubrandenburg <input type="checkbox"/> Rostock <input type="checkbox"/> Schwerin <input type="checkbox"/> Stralsund	Geschäftszeichen (GZ)	Eingangsstempel
---	-----------------------	-----------------

**Bitte sorgfältig und möglichst in Blockschrift ausfüllen! Antrag bitte unterschreiben ! Zutreffendes ankreuzen**

**Antrag**  auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)  
 auf Heilbehandlung für inzwischen folgenlos abgeheilte Gesundheitsstörungen

**Angaben zur Antragstellerin/ zum Antragsteller**

Name		Geburtsname	
Vorname		Geburtsdatum	männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Familienstand	Staatsangehörigkeit		
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Betreuers angeben und ggf. Nachweis in Kopie beifügen.			
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters / Betreuers			
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	

**Angaben zur Schädigung, zum Tathergang und zur Strafverfolgung**

Körperschäden, für die dieser Antrag gestellt wird

---



---

Schilderung des Tatherganges mit Angabe von Ort, Zeit und ggf. Zeugen

---



---



---

Name und Anschrift des Schädigers

---

Ist die Tat polizeilich festgestellt worden?  Nein  Ja GZ \_\_\_\_\_  
 Bezeichnung und Anschrift der Polizeidienststelle

---

Wann und bei welcher Stelle ist Strafanzeige erstattet worden?

---

Bei welcher Staatsanwaltschaft und unter welchem Geschäftszeichen ist ein Ermittlungsverfahren eingeleitet worden?

---

## Angaben über Krankenversicherung und ärztliche Behandlung

**Krankenkasse oder Krankenversicherung:** Name und Anschrift

**Hausarzt:** Name und Anschrift

### Krankenhausbehandlungen wegen der Körperschäden

von - bis

Name und Anschrift des Krankenhauses, der Station bzw. Abteilung

### Sonstige ärztliche Behandlungen wegen der Körperschäden

von - bis

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

## Weitere Angaben zum Antrag

Haben Sie wegen der Körperschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bei anderen Stellen (z. B. Berufsgenossenschaft) Ansprüche angemeldet?

Nein

Ja GZ

Bezeichnung und Anschrift der Stelle

Haben Sie wegen der Körperschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bereits Schadensersatzansprüche bei dem Schädiger oder einer Versicherung angemeldet?

Nein

Ja GZ

Name und Anschrift des Schädigers oder der Versicherung

Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z. B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz)?

Nein

Ja GZ

Versorgungsamt

Im Falle der Bewilligung von Geldleistungen bitte ich um Überweisung auf mein Konto bei

Geldinstitut

Konto-Nr.

BLZ

Ihre Geburtsurkunde (gegebenenfalls Heiratsurkunde) und Meldebestätigung des Einwohnermeldeamtes bitte beifügen. Originalurkunden erhalten Sie zurück.

Im Rahmen der weiteren Sachaufklärung wird voraussichtlich die Einholung medizinischer Auskünfte erforderlich. Dazu benötigt das LAGuS M-V / Versorgungsamt Ihr Einverständnis.

Sie werden gebeten, die anhängenden Erklärungen (dreifach) zu unterzeichnen.

### Erklärung

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Ich habe bei keiner anderen Stelle einen Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung von Gewalttaten gestellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Bezüge zurückgezahlt werden müssen.

Ich nehme zur Kenntnis, daß meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies für die Erledigung meines Antrages erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Bitte alle drei Erklärungen ausfüllen und unterschreiben !  
Dadurch wird das Herstellen von Kopien erspart.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Für aml. Vermerke
GZ: _____

**Betr.:** Feststellungsantrag nach dem Sozialen Entschädigungsrecht

**Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V in diesem Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht im erforderlichen Umfang von Krankenanstalten, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Ärzten und Psychotherapeuten/Psychologen, die mich behandeln oder behandelt haben, sowie von Behörden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen bezieht und sonstige ärztliche/psychotherapeutische/psychologische Auskünfte, insbesondere Befundberichte, einholt. Insoweit entbinde ich die vom Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V ersuchten Ärzte, Psychotherapeuten/ Psychologen, Krankenanstalten, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

*Raum für etwaige Einschränkung des Einverständnisses*

--

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Für aml. Vermerke
GZ: _____

**Betr.:** Feststellungsantrag nach dem Sozialen Entschädigungsrecht

**Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V in diesem Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht im erforderlichen Umfang von Krankenanstalten, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Ärzten und Psychotherapeuten/Psychologen, die mich behandeln oder behandelt haben, sowie von Behörden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen bezieht und sonstige ärztliche/psychotherapeutische/psychologische Auskünfte, insbesondere Befundberichte, einholt. Insoweit entbinde ich die vom Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V ersuchten Ärzte, Psychotherapeuten/ Psychologen, Krankenanstalten, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

*Raum für etwaige Einschränkung des Einverständnisses*

--

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Für aml. Vermerke
GZ: _____

**Betr.:** Feststellungsantrag nach dem Sozialen Entschädigungsrecht

**Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V in diesem Verfahren nach dem Sozialen Entschädigungsrecht im erforderlichen Umfang von Krankenanstalten, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Ärzten und Psychotherapeuten/Psychologen, die mich behandeln oder behandelt haben, sowie von Behörden ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen bezieht und sonstige ärztliche/psychotherapeutische/psychologische Auskünfte, insbesondere Befundberichte, einholt. Insoweit entbinde ich die vom Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V ersuchten Ärzte, Psychotherapeuten/ Psychologen, Krankenanstalten, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

*Raum für etwaige Einschränkung des Einverständnisses*

--

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_