

Geschäftszeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

**Antrag  
auf Versorgung nach dem Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem  
Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz – AntiDHG)**

<b>1.</b>	<b>Angaben zur Person</b>			
	Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
	Geburtsdatum	Geburtsort – Kreis – Land		Staatsangehörigkeit
	Familienstand seit: _____ (Ggf. Heiratsurkunde bitte beifügen.)			
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend Falls der Antragsteller minderjährig ist, Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters:			
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Bitte Meldebescheinigung beifügen.)			
	Straße, Hausnummer			
	PLZ	Wohnort	telefonisch tagsüber zu erreichen unter:	
<b>2.</b>	<b>Angaben zur Anti-D-Immunprophylaxe und den hierauf beruhenden Gesundheitsstörungen</b>			
2.1	Tag der Anti-D-Immunprophylaxe:			
2.2	Wo und bei welcher Stelle wurde die Anti-D-Immunprophylaxe durchgeführt? (Land, Stadt und örtliche Dienststelle bitte angeben)			
2.3	Ist der Impfschaden damals dem Gesundheitsamt gemeldet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2.4	Welche Gesundheitsstörungen werden auf die Hepatitis-C-Infektion zurückgeführt?			
<b>3.</b>	<b>Angaben zu ärztlichen und sonstigen Behandlungen sowie zur Krankenversicherung</b>			
3.1	Welcher Krankenkasse gehören Sie an?			
3.2	In welchen Krankenhäusern wurden Sie wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörungen behandelt?			
	von	bis	Ort	Bezeichnung des Krankenhauses/Abteilung

3.3	Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der geltend gemachten Gesundheitsstörungen.			
	<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Krankheit</b>	<b>behandelnder Arzt (Anschrift)</b>
3.4	Name und Anschrift des Hausarztes			
3.5	Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon vor der Anti-D-Immunprophylaxe?			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Wenn ja, welche?			
	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:			
3.6	Wurde schon früher ein Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG) oder dem Anti-D-Hilfegesetz gestellt? (Ggf. bitte Behörde und deren Geschäftszeichen angeben.)			
<b>4.</b>	<b>Sonstige Angaben</b>			
4.1	Haben Sie einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der Behörde			
				GZ:
<b>5.</b>	<b>Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an:</b>			
	Kontoinhaber:			
	Geldinstitut:	IBAN:	BIC/Swift-Code:	
<b>6.</b>	<b>Versicherung</b>			
	Ich versichere, 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 gestellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Bezüge zurückgezahlt werden müssen.			
<b>7.</b>	<b>Erklärung</b>			
	siehe Anlage			
	_____			_____
	Ort, Datum			Unterschrift

Name: \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

**Erklärung und Information zum Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunitätsprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz - AntiDHG)****1. Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers**

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Landesamtes für Soziales und Versorgung darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten alle in Betracht kommenden gesundheitlichen Schädigungen festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten und anderen Stellen ein, die ich im Antrag angegeben habe. Das schließt die Unterlagen und Auskünfte ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

In Kenntnis dessen **willige ich ein**, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus den überlassenden Unterlagen ersichtlichen **Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen alle medizinischen Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang anfordert**, wie diese Aufschluss über die mir vorliegenden gesundheitlichen Schädigungen geben können.

**Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die beteiligten Ärzte und sonstigen beteiligten Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Sie gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Ärztliche Untersuchungen, die während dieses Verwaltungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt für Soziales und Versorgung umgehend mitteilen. Sofern ich mit der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen einverstanden bin, werde ich dies bei der Mitteilung erklären und insoweit auch die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

**2. Information der Antragstellerin/des Antragstellers**

Das Landesamt für Soziales und Versorgung möchte Sie darüber informieren, dass es **medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die es gemäß Ziffer 1 mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit **weitergeben darf**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf es diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

**Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen.** Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB).

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziffer 1) ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers – nicht die des ggf. Bevollmächtigten – erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

## **Wortlaut Gesetzestexte**

### **§ 66 SGB I – Folgen fehlender Mitwirkung**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

### **§ 69 SGB X (Auszug) – Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben**

(1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens ...

### **§ 76 SGB X (Auszug) – Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten**

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
2. im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3 ...