

An das Versorgungsamt	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
		Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> oder ausfüllen

Antrag

auf Neufeststellung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG) und nach den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (SVG, OEG, IfSG, ZDG, StrRehaG, VwRehaG)

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über Ihren Neufeststellungsantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - auszufüllen.

Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Danach haben Sie alle für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzugeben, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen sowie die verlangten Nachweise vorzulegen. Sofern Sie Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung (Obliegenheit) nicht nachkommen, können die beantragten Leistungen nach dem BVG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

Name	Vorname
geboren am	in
Straße, Hausnummer	tagsüber erreichbar Telefon:
PLZ	Wohnort Telefax:

Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)

Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: - ggf. bitte Bestallungskurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -	Name	Vorname
	Straße, Hausnummer	
	PLZ	Wohnort

Ich beantrage eine Neufeststellung meines Versorgungsanspruches.
Zur Begründung meines Antrags mache ich nachstehende Angaben; sie beziehen sich auf die Zeit nach der letzten Feststellung durch den Bescheid des Versorgungsamtes vom

Welches der im letzten Rentenbescheid anerkannten Versorgungsleiden hat sich verschlimmert?

Wie äußert sich diese Verschlimmerung?

Welche Gesundheitsstörungen werden zusätzlich als Schädigungsfolgen geltend gemacht?

Auf welche anerkannten Schädigungsfolgen bzw. auf welches schädigende Ereignis (Wehrdienst, Unfall) wird die zusätzliche Gesundheitsstörung zurückgeführt?

Bei welchen anderen Stellen befinden sich (ärztliche) Unterlagen über die nun geltend gemachten Schädigungsfolgen?

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Anschrift und Geschäftszeichen angeben.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft | <input type="checkbox"/> Arbeitsamt |
| <input type="checkbox"/> Landeswohlfahrtsverband (Blindengeld) | <input type="checkbox"/> Landesversicherungsanstalt |
| <input type="checkbox"/> Pflegekasse | <input type="checkbox"/> Bundesversicherungsanstalt für Angestellte |

Anschrift	Geschäftszeichen:
Anschrift:	Geschäftszeichen:

Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen seit der letzten Feststellung, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Schädigungsfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.

Angaben zu ärztlichen Behandlungen seit der letzten Feststellung:

	Name/Bezeichnung und Adresse	Wegen welcher der genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausarzt	Straße Ort		Von welchen Fachärzten, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der Hausarzt Unterlagen?
Fachärzte	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
Krankenhäuser, Kliniken, Rehakliniken	Straße Ort		Station/Abteilung: Zeitraum: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Kurklinik	Straße Ort		Kostenträger: Zeitraum: GZ.:

Ich bin - war - in den letzten drei Jahren krankenversichert bei:
(Name der Krankenkasse)

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem BVG nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden sowie Stellen innerhalb der Versorgungsverwaltung die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Versorgungsamt mit diesem Verfahren nach dem BVG zugänglich gemacht worden sind, auch anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

Ich füge folgende Unterlagen bei:

-
-
-

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Antragsteller(s)
und/oder gesetzlichen oder bestellten Ver-
treters oder Betreuers)