

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Versorgungsamt Westfalen 48133 Münster	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
Zutreffendes bitte ankreuzen		x
		oder ausfüllen

**Antrag**  
**auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem III. Teil des**  
**Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) in**  
**Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

**WICHTIGE HINWEISE**

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Soldatenversorgungsgesetz 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 SVG ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

<b>1</b>	<b>Angaben zur Person</b>		
1.1	Name - Geburtsname - ggf. weitere frühere Namen -		
1.2	Vornamen		
1.3	Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, Land	
1.4	Staatsangehörigkeit		
1.5	Familienstand <span style="float: right;">seit</span> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ich lebe in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Die Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Lebenspartner getrennt		Zahl der Kinder
1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		
	Straße, Hausnummer		Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)
	PLZ	Wohnort	Telefon-Nr.:
1.7	In der Bundesrepublik Deutschland wohnhaft seit:		

1.8	Derzeitiger Beruf	Frühere Berufe		
1.9	Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrem Beruf besonders betroffen?			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:		
	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?			
	<input type="checkbox"/> nein	Gründe:		
	<input type="checkbox"/> ja			
1.10	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: <b>- ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -</b>	Name	Vorname	
		Straße, Hausnummer		
		PLZ	Wohnort	
<b>2</b>	<b>Angaben zum Wehrdienst</b>			
2.1	Wann und zu welchem Truppenteil sind Sie einberufen worden?	Von welchem Kreiswehersatzamt?		
2.2	Wie lautete Ihre PK-Nr. (Personenkennziffer)?			
2.3	In welchen Einheiten haben Sie Dienst geleistet?			
	von	bis	Truppenteil	Waffengattung
				Standort
2.4	Von welcher Einheit sind Sie entlassen worden?			
2.5	Bis zu welchem Tag haben Sie Wehrsold oder Dienstbezüge erhalten?			
2.6	Waren Sie	<input type="checkbox"/> Berufssoldat?	<input type="checkbox"/> Wehrpflichtiger?	
		<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit?	<input type="checkbox"/> Wehrübender?	
<b>3</b>	<b>Angaben zum schädigenden Ereignis und den hierauf beruhenden Gesundheitsstörungen</b>			
3.1	Welche Gesundheitsstörungen machen Sie als Wehrdienstbeschädigung geltend?			
3.2	Werden die angegebenen Gesundheitsstörungen voraussichtlich für eine Dauer von mehr als 6 Monaten bestehen bleiben?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
3.3	Auf welches schädigende Ereignis werden die Körperschäden zurückgeführt?			

3.4	Zeugen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	(Name, Anschrift) _____	
3.5	Bei welcher Einheit ist das schädigende Ereignis eingetreten?		
3.6	Ist ein WDB-Blatt angelegt worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3.7	Handelt es sich um einen Verkehrsunfall? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Von welcher Polizeidienststelle bzw. welchem Feldjägerkommando wurden bereits Ermittlungen durchgeführt? _____ Aktenzeichen: _____	
3.8	Ist die Schädigung durch eine Privatperson verursacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie lautet die Anschrift der Haftpflichtversicherung des Schädigers? _____ Aktenzeichen: _____	
3.9	Wird der Antrag schon bearbeitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vom Wehrbereichsgebührenamt _____ Aktenzeichen: _____	
<b>4</b>	<b>Angaben zu ambulanten und stationären Behandlungen</b>		
4.1	Ambulante und stationäre Behandlungen wegen der Folgen der Körperschäden <b>während</b> der Zugehörigkeit zur Bundeswehr		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser/Ärzte
			Abt./Station
4.2	Ambulante und stationäre Behandlungen wegen der Folgen der Körperschäden <b>nach</b> der Entlassung aus der Bundeswehr		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser/Ärzte
			Abt./Station
4.3	Welche Körperschäden haben bereits vor der Einberufung bestanden?		
	_____		
	_____		
	_____		
4.4	Ambulante und stationäre Behandlungen <b>vor</b> Eintritt der Schädigung		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser/Ärzte
			wegen welcher Krankheiten?

<b>5</b>	<b>Angaben zur Krankenversicherung</b>		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenkassen (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)
			des jeweiligen Arbeitgebers
<b>6</b>	<b>Angaben über bereits bezogene bzw. beantragte Leistungen</b>		
6.1	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der ges. Rentenversicherung, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder ähnliches? <input type="checkbox"/> nein      von (Versicherungsträger)      Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja		
6.2	Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen - ggf. auch aufgrund einer Verwendung im Ausland -? <input type="checkbox"/> nein      von (Dienststelle)      Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja		
6.3	Beziehen Sie wegen eines Körperschadens aufgrund einer besonderen Verwendung im Ausland im Sinne des § 58a Abs. 1 und 2 Bundesbesoldungsgesetz von sonstigen Stellen Geldleistungen oder haben Sie solche in der Vergangenheit erhalten? <input type="checkbox"/> nein      von (Leistende Stelle)      Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja		
6.4	Beziehen Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, SVG, ZDG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG)? <input type="checkbox"/> nein      von (Behörde)      Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja		
6.5	Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der oben genannten Art beantragt? <input type="checkbox"/> nein      bei      Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja		
6.6	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Leistungen von der Agentur für Arbeit erhalten oder sind Leistungen beantragt worden? <input type="checkbox"/> nein      Agentur für Arbeit:      von      bis      Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja		
<b>7</b>	<b>Sonstige Angaben</b>		
7.1	Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung festgestellt? <input type="checkbox"/> nein      von (Behörde)      Aktenzeichen <input type="checkbox"/> ja		
7.2	Soll die beantragte Leistung aus besonderen Gründen nach Möglichkeit schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig gewährt werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Gründe:		
7.3	Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an (Kontoinhaber) Konto-Nr.      Geldinstitut      Bankleitzahl		

**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 SVG nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Landschaftsverband 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
- Aufgabenträgern, die für Verfahren nach dem SGB IX (Schwerbehindertenrecht) zuständig sind,

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 Landschaftsverband mit diesem Verfahren nach dem SVG zugänglich gemacht worden sind, auch vom Landschaftsverband beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung und 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 Vertreters oder Betreuers)