

An den Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Versorgungsamt Westfalen 48133 Münster	Geschäftszeichen	Eingangsstempel
		Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> oder ausfüllen

**Antrag**  
**auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem Zivildienstgesetz (ZDG) in**  
**Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

**WICHTIGE HINWEISE**

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Zivildienstgesetz 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 ZDG 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	seit	Zahl der Kinder
	<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		
1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		Tagsüber erreichbar unter (Angabe der Tel.-Nr. freiwillig)
	Straße, Hausnummer		Telefon-Nr.:
	PLZ	Wohnort	
1.7	In der Bundesrepublik Deutschland wohnhaft seit:		

**ZDG** - Antrag auf Gewährung von Beschädigten-Versorgung nach dem Zivildienstgesetz (ZDG)

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: - ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -	Name	Vorname	
		Straße, Hausnummer		
		PLZ	Wohnort	
<b>2</b>	<b>Angaben zum Zivildienst</b>			
2.1	Wann und in welche Einrichtung sind Sie einberufen worden?			
2.2	Wie lautete Ihre PK-Nr. (Personenkennziffer)?			
2.3	In welchen Einrichtungen haben Sie Dienst geleistet?			
	von	bis	Einrichtung	Ort
				Tätigkeit
2.4	Wann und von welcher Einrichtung sind Sie entlassen worden?			
2.5	Bis zu welchem Tag haben Sie Dienstbezüge erhalten?			
<b>3</b>	<b>Angaben zum schädigenden Ereignis und den hierauf beruhenden Gesundheitsstörungen</b>			
3.1	Welche Gesundheitsstörungen machen Sie als Zivildienstbeschädigung 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 Einrichtung ist das schädigende Ereignis eingetreten?		
3.6	Ist ein Zivildienstbeschädigungsblatt (ZDB-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 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 Bundesamt für den Zivildienst _____ 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 zum Zivildienst		
	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 dem Zivildienst		
	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 vor Eintritt der Schädigung		
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser/Ärzte wegen welcher Krankheiten?
<b>5 Angaben zur Krankenversicherung</b>			
	von	bis	Name, Anschrift der Krankenkassen des jeweiligen Arbeitgebers (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)
<b>6 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 <input type="checkbox"/> ja	von (Versicherungsträger)	Aktenzeichen
6.2	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 <input type="checkbox"/> ja	von (Behörde)	Aktenzeichen
6.3	Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der oben genannten Art beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei	Aktenzeichen
6.4	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Leistungen von der Agentur für Arbeit erhalten oder sind Leistungen beantragt worden?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Agentur für Arbeit: von bis	Aktenzeichen
<b>7 Sonstige Angaben</b>			
7.1	Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung festgestellt?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von (Behörde)	Aktenzeichen
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 beifügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, wird der Landschaftsverband den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich bin damit einverstanden, dass der Landschaftsverband von den im Antrag 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 erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen beizieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind.

Das gilt ggf. auch für ein Widerspruchsverfahren und für das Regressverfahren gegen den oder die Täter.

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 ZDG 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)