

Allgemeines und Rechtsgrundlagen

Die von Ihnen erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung und -speicherung sind die §§ 67 a-c, 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) i.V.m. § 12 Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (KOVVfG). **Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet.**

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 vom Bundesamt für das Personalmanagement beigezogen. Ihre Mitwirkung zur Aufklärung des Sachverhalts ist in § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgeschrieben. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gem. § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Kommt derjenige, der Sozialleistungen beantragt, seinen gesetzlich vorgeschriebenen **Mitwirkungspflichten** nicht nach und wird dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger nach § 66 Abs. 1 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

Einverständniserklärung

Name, Vorname	Aktenzeichen
PLZ, Ort	Straße, HausNr

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) in diesem Verwaltungsverfahren von

- Ärztinnen/Ärzten,
- Krankenanstalten/Krankenhäusern (auch private),
- Psychologen und Psychotherapeuten, Heilpraktiker
- dem Institut für Wehrmedizinallstatistik und Berichtswesen der Bundeswehr,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium),
- Stellen truppenärztlicher Versorgung,
- Trägern der Sozialversicherung,
- privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der jeweiligen medizinischen Dienste,
- Gerichten,
- sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden,

im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder, Aufzeichnungen betreffend die Musterung, militärärztliche Tauglichkeits- und Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen, zivile und militärärztliche Unterlagen usw.) bezieht, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt sind, und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Diese Einwilligung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren bis zu dessen rechts- oder bestandskräftigen Abschluss. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen (z.B. auch Gutachten und Befundunterlagen von beauftragten Gutachtern).

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise gegenüber dem BAPersBw, Referat PA 2.1, Wilhelm-Raabe-Str. 46, 40470 Düsseldorf widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für im Nachhinein benannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Ja Nein

Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir genannten behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von dem/den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Ja Nein

Folgende Ärzte und Einrichtungen schließe ich von dieser Einwilligung aus:

Datum Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw.
Betreuung)

Ort,
Datum

Belehrung

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die dem BAPersBw bereits vorliegen und/oder aufgrund der obigen Einwilligungserklärung zugehen,

- an Dritte, hier: andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit
- für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (§ 69 SGB IX) an sonstige Dritte, hier: zu beauftragende Gutachterinnen/Gutachter zur medizinischen Beurteilung (eine körperliche Untersuchung ist nur in Ausnahmefällen erforderlich) nach der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)

übermittelt werden dürfen.

Nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V. m. § 76 Abs. 2 SGB X können Sie einer solchen Übermittlung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft formlos widersprechen. Richten Sie Ihren Widerspruch an BAPersBw, Referat PA 2.1, Wilhelm-Raabe-Str. 46, 40470 Düsseldorf.

Dies kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen wegen fehlender Mitwirkung eine Leistung ganz oder teilweise versagt wird, wenn Sie zuvor schriftlich darauf hingewiesen worden sind (siehe obigen Hinweis auf § 66 SGB I).

Ort, Datum _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)