

Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung

nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer
des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG -)

1. Familienname, Vorname, (Geburtsname):	
2. Geburtstag:	
3. Geburtsort, Kreis, Land:	
4. PLZ, Wohnort, Straße, Haus- nummer:	
5. Staatsangehörigkeit(en):	
6. Beruf:	a) vor der Schädigung (Einberufung):..... b) nach Kriegsende:..... c) jetzt:.....
7. Familienstand: Name des Ehegatten: Kinder: (Name, Vorname, Ge- burtstag)	Nicht verh. ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ Vor- und Zuname, Geburtsname, Geburtstag (1) (2) (3) (4)

8. Militärische oder militärähnliche Dienstleistungen:

Von:	bis: 1)	Wehrmachtsteil 2)	Waffengattung 3)	Dienstgrad:	Formation, Einheit 4) oder Feldpostnr.:

- 1) Bitte sowohl Friedens- als auch Kriegsdienstzeiten angeben.
- 2) Bitte angeben: Heer, Marine, Luftwaffe, Volkssturm, Waffen-SS, OT, usw.
- 3) Bitte angeben: Infanterie, Panzerwaffe, Pionier, Artillerie, Flak, Kampfflieger, Luftnachrichten, Transportabteilung, U-Boot-Waffe, Hochseeflotte, Küstenschutz oder Entsprechendes.
- 4) Bitte angeben: Divisionen, Regimenter, Bataillone, Standarten, Abteilungen, Stäbe, Dienststellen usw.

9. Welchen Dienst leisteten Sie bei der Wehrmacht im Kriege?

Garnisonsdienst von bis wo?

Frontdienst von bis wo?
(Kriegsschauplätze)

10. Waren Sie Berufssoldat? ja ☐ nein ☐

11. An welchen Kampfhandlungen haben Sie teilgenommen und wie wurden Sie im Operationsgebiet verwendet?

Zeitraum	Frontabschnitt	Verwendung als

12. a) Waren Sie in Kriegsgefangenschaft? nein ☐ ja ☐
 von bis Kriegsgefangenennummer:
 b) Waren Sie interniert? nein ☐ ja ☐ von bis
 c) In welchem Land?
 d) In wessen Gewahrsam (amerik., engl., franz., russischem usw.)?
 e) In welchen Lagern (genaue Bezeichnung, insbesondere des letzten Lagers)?

 f) Welche Arbeiten mussten Sie verrichten?

 g) An welchem Tag sind Sie zu Hause eingetroffen?

13. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?

.....

14. Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?
 (Bitte genaue Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen; evtl. auf besonderem Blatt)

Zeitpunkt 1)	Ort oder Gegend	Art der Verwundung oder Erkrankung bzw. Unfall 2)	Nachweise, Zeugen

15. In welchen Krankenrevieren, Verbandsplätzen, Krankenhäusern usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 13 geltend gemachten Gesundheitsstörung(en) **während des Wehrdienstes oder der Kriegsgefangenschaft oder der Internierung** ärztlich behandelt?

Von	bis 1)	Ort:	Bezeichnung des Lazarets o. Ä. 3)

- 1) Bitte möglichst genaue Angaben machen, mindestens nach Jahr und Monat
 2) Zum Beispiel Schuss- oder Splitterverletzungen, Brüche, Quetschungen, Erkältungen usw.
 3) Bitte möglichst genaue Bezeichnung, auch Lazaretnummer und Teillazarett.

16. **Ärztliche Behandlungen** wegen der unter Nr. 13 geltend gem. Gesundheitsstörung(en) **nach Beendigung des Wehrdienstes bzw. der Kriegsgefangenschaft oder der Internierung:**

Von	bis	Bezeichnung der Krankheit	Behandelnder Arzt oder Krankenhaus	Arbeitsunfähig		Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?
				von	bis	

17. Bestanden Gesundheitsstörungen schon **vor der Einberufung zum Wehrdienst** bzw. vor Eintritt des schädigenden Ereignisses? nein ☐ ja ☐, folgende:

18. Waren Sie wegen Erkrankung vom Wehrdienst zurückgestellt? nein ☐ ja ☐, wegen folgender Gesundheitsstörungen in folgenden Zeiträumen:

19. Welchen **Krankenkassen** haben Sie vor Eintritt in den Wehrdienst bzw. des schädigenden Ereignisses angehört?

Von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Arbeitgeber

20. Welchen **Krankenkassen** gehörten Sie nach Kriegsende bis heute an?

Von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Arbeitgeber

21. Haben Sie die unter Nr. 13 angegebenen Gesundheitsstörung(en) bei einer anderen Behörde (z. B. einer Berufsgenossenschaft) als Folgen eines Arbeitsunfalls bzw. eines Dienstunfalls geltend gemacht oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde? nein ☐ ja ☐, bei (geben Sie bitte hier die Anschrift der Behörde und das Aktenzeichen an):

22. Haben Sie schon früher einen Antrag auf Beschädigtenversorgung gestellt ?
nein ☐ ja ☐, bei (geben Sie bitte hier die Anschrift der Behörde und das Aktenzeichen an):

23. Haben Sie einen Antrag auf Gewährung von **Hinterbliebenenversorgung** für Witwen – Witwer – Waisen – Eltern – oder Lebenspartner nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder anderen Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären, gestellt? nein ☐ ja ☐, nach dem/der verstorbenen – verschollenengeboren am:beim Versorgungsamt/Landratsamt.....
☐ Ich beziehe seit Witwen-, Witwer-, Waisen-, Eltern-Rente –Beihilfe unter dem Renten-/ Aktenzeichen:beim Versorgungsamt/Landratsamt.....

24. Haben Sie einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX -Schwerbehindertenrecht) gestellt ? nein ☐ ja ☐, beim Landratsamt unter dem Aktenzeichen

25. Bankkonto, auf das ggf. die Versorgungsbezüge überwiesen werden sollen:

Konto Nr.: bei derBankleitzahl.....

26. Erklärung:

26.1 Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderung in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

26.2 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden

- Ärzten wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr.: 13 - 18

.....

- Kuranstalten / Krankenhäusern wegen der Gesundheitsstörungen unter Nr.: 13 - 18

.....

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht, sofern die beigelegten Unterlagen nicht ausreichend sind.

Ich entbinde diese Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

26.3 Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden Trägern der Sozialversicherung und anderen Stellen (Nr. 15 – 24)

.....

Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht. **Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).

Als Unterlagen sind beigelegt (bitte alle Angaben möglichst belegen, z.B. durch Wehrpass, Wehrdienstbescheinigung, Soldbuch, Verleihungsurkunde, Entlassungsschein, Krankenpapiere, frühere Rentenbescheide, Zeugenausagen usw.):

.....

....., den
 (Ort) (Datum)

.....
 (eigenhändige Unterschrift des Antragstellers
 Vor- und Zuname)

Anlage: Hinweise zur Datenerhebung

Hinweis für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland:

Geht dieser Antrag bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit Eingangstempel oder –vermerk zu versehen. Über mündliche Anträge ist stets eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unverzüglich dem zuständigen Landratsamt (Versorgungsamt) abzugeben (§ 16 Sozialgesetzbuch Erstes Buch)