

**Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:**

BAPersBw  
Referat PA 2.2

Wilhelm-Raabe-Str. 46  
40470 Düsseldorf

Gz.: (Personenkennziffer)

## Antrag

**auf Neufeststellung der Versorgungsansprüche nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG) und nach den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären.**

Zur Bearbeitung dieses Antrages werden Sie gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen. Zutreffendes bitte ankreuzen [x] oder ausfüllen.

jkjkl

### I. Angaben zur/zum Antragssteller/in

Name		Vorname	
ggf. Geburtsname		Geburtsdatum	
Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer		Telefon (tagsüber erreichbar)	
PLZ	Wohnort	Telefax und/oder E-Mail	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft			

<input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigter</b> (bitte Vollmacht beifügen)			
Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: <b>- ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen -</b>		Name, Vorname	
		Straße, Hausnummer	
		PLZ, Wohnort	

<p><b>Ich beantrage eine Neufeststellung meines Versorgungsanspruches.</b></p> <p><b>Zur Begründung meines Antrags mache ich nachstehende Angaben; sie beziehen sich auf die Zeit <u>nach</u> der letzten Feststellung durch den Bescheid des Versorgungsamtes/des BAPersBw.</b></p>
--

Welche/s der im letzten Rentenbescheid anerkannten Versorgungsleiden hat/haben 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 sowie Geschäftszeichen angeben.**

- Berufsgenossenschaft                       Agentur für Arbeit                       Versorgungsamt  
 Landesversicherungsanstalt                       Pflegekasse                       Deutsche Rentenversicherung

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.**

**II. Angaben zu ärztlichen Behandlungen seit der letzten Feststellung**

	Name/Bezeichnung und Adresse (Bitte bei Gemeinschaftspraxen sämtliche Ärzte angeben)	Wegen welcher der genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
<b>Hausarzt</b>	Name, Bezeichnung		Von welchen Fachärzten, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der Hausarzt Unterlagen?
	Straße, Ort		
<b>Fachärzte</b>	Name, Bezeichnung		Fachgebiet
	Straße, Ort		zuletzt behandelt (Monat/Jahr)
	Name, Bezeichnung		Fachgebiet
	Straße, Ort		zuletzt behandelt (Monat/Jahr)

<b>Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Kliniken</b>	Name, Bezeichnung		Station/Abteilung
	Straße, Ort		Zeitraum <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
<b>Kurklinik</b>	Name, Bezeichnung		Kostenträger
	Straße, Ort		Zeitraum
			Geschäftszeichen

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

Meine Frau ist - war- in den letzten drei Jahren krankenversichert bei: (Name und Anschrift der Krankenkasse)

Wurde bei Ihnen eine Behinderung/Schwerbehinderung gestellt?

nein     ja    Behörde/Versorgungsamt: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
 Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass diese Angaben der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_

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

**Anlage(n)**

- 1 Allgemeines und Rechtsgrundlagen
- 1 Einverständniserklärung
- 1 Belehrung

Name, Vorname	Datum
PLZ, Ort	Straße, HausNr
	Telefonnummer:

BAPersBw  
Referat PA 2.2  
Wilhelm-Raabe-Str. 46  
40470 Düsseldorf

Gz.: Referat PA 2.2 - Rentenleistungen -
---

**Beschädigtenversorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

Schreiben des BAPersBw vom

**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 der Bundeswehr (BAPersBw) 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	Gz.:
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 Wehrmedizinostatistik 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 2.2, 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:

---

---

---

Ort, Datum

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



Name, Vorname	Gz.:
PLZ, Ort	Straße, HausNr

### **Belehrung**

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (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 2.2, 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)