







Personenkennziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



**BUNDESWEHR**

<p><b>3.6) Bitte beziffern Sie den aufgrund der Schädigung aus Ihrer Sicht eingetretenen Einkommensverlust und fügen Sie Nachweise über Ihr derzeitiges Einkommen in Kopie bei.</b></p>
<hr/> <hr/>
<p><b>3.7) Haben Sie in der Vergangenheit bereits an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation teilgenommen, führen Sie zzt. derartige Maßnahmen durch oder sind diese in Kürze geplant? Falls Ihnen ein Rehabilitationsplan vorliegt, übersenden Sie bitte eine Kopie oder entsprechende Entlassungsberichte in Kopie.</b></p>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>3.8) Haben Sie nach der Schädigung an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation (bspw. Umschulung) teilgenommen oder ist eine solche Maßnahme geplant?</b></p>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>3.9) Wenn eine Umschulung für Sie in Frage kommt, welche konkreten Wünsche und Vorstellungen haben Sie an Ihren Umschulungsberuf?</b></p>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Personenkennziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



**BUNDESWEHR**

## Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissensgemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung bzw. einer Leistungsversagung oder Leistungsentziehung führen können.

Ich verpflichte mich, das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr Unterabteilung VII 2 unverzüglich zubenachrichtigen, wenn sich nach Antragstellung:

- meine persönlichen und/oder wirtschaftlichen Verhältnisse geändert haben,
- meine Anschrift oder Bankverbindung ändert.

---

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

## Belehrung

Ich nehme zur Kenntnis, dass die erhobenen medizinischen Daten

- 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 Neunten Buch Sozialgesetzbuch (§ 69 SGB IX) an sonstige Dritte, hier: zu beauftragende Gutachterinnen/Gutachter zur medizinischen Beurteilung (eine körperliche Untersuchung ist nur in Ausnahmefällen erforderlich)
- an Leistungserbringer nach SGB IX (medizinische/berufliche Rehabilitation; Eingliederungshilfe)

übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X einer solchen Übermittlung **jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft formlos widersprechen kann.**

Ihren Widerspruch richten Sie an BAPersBw, Referat VII 2.3, Wilhelm-Raabe-Str. 46, 40470 Düsseldorf.

---

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/-in bzw. gesetzliche Vertretung

[WWW.BUNDESWEHR.DE](http://WWW.BUNDESWEHR.DE)

PERSONAL



Personenkennziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



## Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten 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),
- Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Heilpraktikerinnen/Heilpraktikern, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern,
- dem Institut für Präventivmedizin der Bundeswehr, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Stellen truppenärztlicher Versorgung,
- Trägern der Sozialversicherung, gesetzlichen Krankenkassen, Leistungserbringern SGB IX (medizinische/berufliche Rehabilitation; Eingliederungshilfe)
- privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der jeweiligen medizinischen Dienste,
- Gerichten,
- der Bundesagentur für Arbeit,
- sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden,

im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand bzw. meinen Antragsgegenstand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen bezieht.

Soweit es sich bei der Einholung um medizinische Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder, Aufzeichnung betreffend der Musterung, militärärztliche Tauglichkeits- und Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen, zivile und militärärztliche Unterlagen usw.) handelt, auch wenn sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, stimme ich der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Diese Einwilligung gilt für das eingeleitete Verwaltungsverfahren bis zu dessen rechts- oder bestandskräftigen Abschluss sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf den Bund übergegangenen Schadenersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen (z.B. auch Gutachten und Befundunterlagen von beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern).

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise gegenüber dem BAPersBw, Referat VII 2.3, 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 Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Kliniken im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von den/dem geltend gemachten Antragsleitenden Kenntnis erhalten:**

Ja                       Nein

Personenkennziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



**BUNDESWEHR**

Folgende Ärzte/Therapeuten/Kliniken **schließe** ich von dieser Einwilligung aus:

---

---

---

---

---

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/-in bzw. gesetzliche Vertretung