Personenkennziffer des/der Verstorbenen

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

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 beizieht.

Soweit es sich bei der Einholung um medizinische Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder, Aufzeichnung betreffend die 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, VII 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 Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Kliniken im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von den/dem geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten:

☐ Ja ☐ Nein

Personenkennziffer des/der Verstorbenen

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

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

_____

_____

_____

_____

_____

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/-in bzw. gesetzliche Vertretung

Personenkennziffer des/der Verstorbenen

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

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 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 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, VII 2 Soziale Entschädigung, Wilhelm-Raabe-Str. 46, 40470 Düsseldorf.

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

Personenkennziffer des/der Verstorbenen

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

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 **Kopien** hiervon 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 die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/-in bzw. gesetzliche Vertretung