Personenkennziffer (PK)

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

Angaben zur Person

Nachname	Vorname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Geburtsdatum	Telefonnummer

Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) 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 bestandskräftigem Abschluss sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf den Bund übergegangenen Schadenersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eingetretenen 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

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

_____

_____

_____

_____

Ort/Datum

Vorname, Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

Personenkennziffer (PK)

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, Unfallversicherung Bund und Bahn) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit
- für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (§ 69 SGB X) 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

Vorname, Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

Personenkennziffer (PK)

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) sowie Kapitel 13 des SEG. **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

Vorname, Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/besoldung-versorgung-soldaten/soziales-entschaedigungsrecht

Personenkennziffer (PK)

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)

BUNDESWEHR

Einwilligungserklärung zur Einbindung des Sozialdienstes der Bundeswehr

Die Bundeswehr bietet Soldatinnen und Soldaten verschiedene Hilfs- und Unterstützungsangebote an. Eine umfassende Beratung und Betreuung in allen sozialen Angelegenheiten leistet der Sozialdienst der Bundeswehr. Die Unterstützung reicht von der Begleitung in persönlichen Angelegenheiten durch diplomierte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter über die Beratung in verwaltungsrechtlichen Angelegenheiten bis zur Einbindung weiterer Partner wie z.B. der Militärseelsorge. **Die Inanspruchnahme ist freiwillig**. Im Falle einer Einsatzschädigung oder einer anderen schwerwiegenden Wehrdienstbeschädigung ist die Unterstützung durch den Sozialdienst besonders zu empfehlen.

Sofern Sie möchten, dass der örtliche Sozialdienst der Bundeswehr im Rahmen des laufenden Verwaltungsverfahrens über Ihren WDB-/Leistungsantrag und den damit verbundenen Unterstützungsbedarf informiert wird, ist auch dazu aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihre Einverständniserklärung erforderlich.

☐ Ich werde bereits betreut durch den Sozialdienst _____

☐ Ich wünsche eine Betreuung durch den zuständigen Sozialdienst und bitte um eine Kontaktaufnahme bzw. Unterbreitung eines Beratungsangebotes zu veranlassen. Ich bin damit einverstanden, dass die zu diesem Zweck notwendigen Daten an den für meinen Wohnort zuständigen Sozialdienst der Bundeswehr weitergegeben werden. Bitte ankreuzen bzw. bei Bedarf ergänzen:

Kontaktdaten zu meiner Person (Name, Anschrift)*

- ☐ Weitere Kontaktdaten zu meiner Person (Telefonnummer, Email-Adresse)**
- ☐ Antragsgegenstand (WDB-Anerkennung, SEG-Leistungen, Hinterbliebenenversorgung)**
- ☐ Anmerkungen zum Unterstützungsbedarf**:

_____ _____

Ort/Datum Vorname, Name in Druckbuchstaben

_____

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Vertretung

* Pflichtangabe
** freiwillige Angaben