Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

An
Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Soldatenentschädigung– VII 2.2
Wilhelm-Raabe-Str. 46
40470 Düsseldorf

Eingangsstempel

G-0011

Verfahren nach dem Soldatenentschädigungsgesetz (SEG)

hier: **Antrag auf Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung**

Zur Prüfung, ob bei Ihnen eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) vorliegt, füllen Sie bitte den nachfolgenden Fragebogen aus und senden uns diesen unterschrieben zu.

Bitte geben Sie oben links auf dem Vordruck Ihre Personenkennziffer (PK) an.

Sollte für die Beantwortung einzelner Fragen der vorgesehene Raum nicht ausreichen, legen Sie bitte ein **gesondertes Blatt** bei.

1 Angaben zur Person

Nachname	**Vorname**	**Titel**
Geburtsname		**Geburtsdatum**
Straße, Hausnummer		**Adresszusatz**
Postleitzahl	**Wohnort**	
Telefon (freiwillige Angabe)	**E-Mail** (freiwillige Angabe)	

2 Antragstellung durch eine bevollmächtigte Person / gesetzliche Vertretung

☐ **nein,** dann weiter bei Ziffer 3.
☐ **ja** (Vollmacht bzw. Kopie der Betreuungsurkunde bitte beifügen.)

Nachname, Vorname

Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

Straße, Hausnummer	**Adresszusatz**
Postleitzahl / **Wohnort**	
Telefon (freiwillige Angabe)	**E-Mail** (freiwillige Angabe)

3 Angaben zur gesundheitlichen Schädigung

Es werden folgende gesundheitliche Schädigungen als Wehrdienstbeschädigung geltend gemacht:		
1.		
2.		
3.		
Die gesundheitlichen Schädigungen sind eingetreten		
zu. 1.	Während der Zugehörigkeit zur Einheit/Dienststelle	Datum bzw. Zeitraum
zu. 2.	Während der Zugehörigkeit zur Einheit/Dienststelle	Datum bzw. Zeitraum
zu. 3.	Während der Zugehörigkeit zur Einheit/Dienststelle	Datum bzw. Zeitraum

Sind die gesundheitlichen Schädigungen auf einen Unfall zurückzuführen?

☐ **nein** ☐ **ja,** verursacht durch:

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?

☐ **nein** ☐ **ja,** durch Polizeistelle (ggf. Aktenzeichen):

Stand der Unfall in einem dienstlichen Zusammenhang (etwa beim Sport, auf dem Weg in die Dienststelle etc.) **und wurde daher eine Unfallvermerk oder -anzeige oder ein TIC-Zettel erstellt?**

☐ **nein** ☐ **ja,** durch Einheit/Dienststelle (Kopie des Unfallvermerks / der Unfallanzeige / TIC-Zettel bitte beifügen.):

Auf welche schädigenden Vorgänge führen Sie die geltend gemachten gesundheitlichen Schädigungen zurück? Schildern Sie bitte diese Vorgänge genau unter Angaben von Ort, Uhrzeit, im Dienst, außerdienstlich, ausgeübte Tätigkeit etc.

4 Angaben zu Auslandseinsätzen

Sind die Schädigungen auf einen Einsatz zurückzuführen?

☐ **nein,** dann weiter bei Ziffer 5.

☐ **ja:**

An welchen Auslandseinsätzen haben Sie teilgenommen?

1.	Einsatz	Kontingent	Stationierungsort
	Zeitraum	Funktion bzw. Tätigkeit	

2.	Einsatz	Kontingent	Stationierungsort
	Zeitraum	Funktion bzw. Tätigkeit	
3.	Einsatz	Kontingent	Stationierungsort
	Zeitraum	Funktion bzw. Tätigkeit	
4.	Einsatz	Kontingent	Stationierungsort
	Zeitraum	Funktion bzw. Tätigkeit	
5.	Einsatz	Kontingent	Stationierungsort
	Zeitraum	Funktion bzw. Tätigkeit	
6.	Einsatz	Kontingent	Stationierungsort
	Zeitraum	Funktion bzw. Tätigkeit	

Gibt es zu den obengenannten Ereignissen Ihrer Kenntnis nach:

a)	TIC-Zettel	☐ **ja**	☐ **nein**
b)	Einsatztagebücher bzw. Erfahrungsberichte oder ähnliches	☐ **ja**	☐ **nein**
c)	Unfallanzeigen bzw. Unfallvermerke	☐ **ja**	☐ **nein**
d)	Meldung eines Besonderen Vorkommnisses	☐ **ja**	☐ **nein**
e)	sonstige Dokumentationen	☐ **ja**	☐ **nein**

Falls ja, fügen Sie bitte die entsprechenden **Nachweise in Kopie** bei bzw. benennen Sie die Stellen, die für die entsprechende Dokumentation zuständig waren.

Gibt es Zeugen für die oben angeführten schädigenden Vorgänge?

☐ **nein,** dann weiter bei Ziffer 5.

☐ **ja,** geben Sie bitte die Kontaktdaten an, soweit Ihnen diese bekannt sind.

1.	Name	Vorname		Dienstgrad/Privatperson
	Nur bei Privatpersonen (sofern bekannt)	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer

2.	Name		Vorname	Dienstgrad/Privatperson
	Nur bei Privatpersonen (sofern bekannt)	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer
3.	Name		Vorname	Dienstgrad/Privatperson
	Nur bei Privatpersonen (sofern bekannt)	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer

5 Angaben über ärztliche und sonstige Behandlungen

5.1 Vor dem Wehrdienst

Bestanden die als Wehrdienstbeschädigung geltend gemachten gesundheitlichen Schädigungen schon vor dem Wehrdienst?

☐ **nein,** dann weiter bei Ziffer 5.2.

☐ **ja, folgende:** | **seit:**

Waren Sie wegen der angeführten gesundheitlichen Schädigung vor dem Wehrdienst in ärztlicher oder sonstiger Behandlung?

☐ **nein,** dann weiter bei Ziffer 5.2.

☐ **ja,** bei:

1.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	
2.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	
3.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	

5.2 Während des Wehrdienstes

Geben Sie bitte ihr momentan betreuendes bzw. letztes behandelndes Sanitätsversorgungszentrum an.

Sanitätsversorgungszentrum		Standort
Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer

Machen Sie bitte Angaben zu den <u>außerhalb Ihres Sanitätsversorgungszentrum stattgefundenen Behandlungen</u> der als Wehrdienstbeschädigung geltend gemachten gesundheitlichen Schädigungen (z.B. Behandlungen in zivilen oder Bundeswehr-Krankenhäusern, (Fach-)Arztpraxen, Radiologien sowie Physio- oder Rehaeinrichtungen).				
1.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	
2.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	
3.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	
4.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	
5.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	
6.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	

5.3 Nach dem Wehrdienst

Machen Sie bitte Angaben zu allen Behandlungen Ihrer als Wehrdienstbeschädigung geltend gemachten gesundheitlichen Schädigungen, die <u>nach der Beendigung des</u> Wehrdienstverhältnisses stattgefunden haben.				
1.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung			Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer	

2.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung		Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer
3.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung		Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer
4.	behandelnder Arzt/Therapeut/Einrichtung		Datum/Zeitraum
	Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer

6 Orthopädische Hilfsmittel

Wurden Sie im Rahmen der truppenärztlichen oder fachärztlichen Behandlung mit orthopädischen Hilfsmitteln ausgestattet? (z.B. Fixateur externe, Schienen/Orthesen, Gehstützen, andere Stützapparate)

☐ **nein** ☐ **ja,**

Welche orthopädischen Hilfsmittel wurden Ihnen verordnet?
Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung einschließlich Hersteller an. Falls Sie diese nicht kennen, beschreiben Sie bitte das jeweilige Hilfsmittel bzgl. Material und Größe. Es ist vor allem wichtig, über welche Gelenke das Hilfsmittel reicht. Sie können auch Fotos mitsenden.

Für welche Zeiträume waren Sie auf das jeweilige Hilfsmittel angewiesen?
Bitte geben Sie sofern möglich die genauen Daten an. Bei Gehstützen ist nur der Zeitraum von Bedeutung, in dem die Benutzung von zwei Gehstützen erforderlich war.

Durch wen wurde das jeweilige Hilfsmittel verordnet?

Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

7 Angaben zur Krankenversicherung

Welchen Krankenkassen bzw. -versicherungen gehörten Sie bis zum Eintritt in die Bundeswehr sowie nach der Beendigung des Wehrdienstes an? (Angabe der letzten 10 Jahre)

1.

Name der Krankenkasse/-versicherung | Versicherungsnummer

Postleitzahl | Ort | Straße, Hausnummer

Versicherungszeitraum
von: | bis:

Bestand/besteht eine Familienversicherung?

☐ nein ☐ ja, Angaben bitte zur/zum Hauptversicherten machen:

Nachname | Vorname | Geburtstag

2.

Name der Krankenkasse/-versicherung | Versicherungsnummer

Postleitzahl | Ort | Straße, Hausnummer

Versicherungszeitraum
von: | bis:

Bestand/besteht eine Familienversicherung?

☐ nein ☐ ja, Angaben bitte zur/zum Hauptversicherten machen:

Nachname | Vorname | Geburtstag

3.

Name der Krankenkasse/-versicherung | Versicherungsnummer

Postleitzahl | Ort | Straße, Hausnummer

Versicherungszeitraum
von: | bis:

Bestand/besteht eine Familienversicherung?

☐ nein ☐ ja, Angaben bitte zur/zum Hauptversicherten machen:

Nachname | Vorname | Geburtstag

8 Angaben zur beruflichen Situation

Welchen Beruf bzw. welche Tätigkeit haben Sie nach dem Wehrdienst ausgeübt?

Fühlen Sie sich durch die als Wehrdienstbeschädigung geltend gemachte gesundheitliche Schädigung in Ihrer Berufs- bzw. Tätigkeitsausübung beeinträchtigt?

☐ **nein** ☐ **ja,** weil:

9 Freiwillige Angaben

Die Angabe ist zwar freiwillig, kann bei der Aufklärung des Sachverhalts jedoch unterstützen.

Haben Sie bereits einen Antrag auf Leistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch **oder ähnlichen Vorschriften bzw. bei der Gesetzlichen Unfallversicherung, z.B. wegen einer Berufskrankheit gestellt?**

☐ **nein** ☐ **ja,**

zuständige Behörde | Im Jahr

Postleitzahl | Ort

Straße, Hausnummer | Aktenzeichen

Wurden Ihnen aufgrund des oben angeführten Antrags Leistungen gewährt?

☐ **nein** ☐ **ja**, im Umfang von:

Wurde bei Ihnen eine Behinderung / Schwerbehinderung festgestellt? (Bescheid bitte beifügen.)

☐ **nein** ☐ **ja,** anerkannte Behinderung / gesundheitliche Beeinträchtigung für die die Anerkennung einer Behinderung gestellt wurde:

zuständige Behörde | Anerkennung seit

Postleitzahl | Ort

Straße, Hausnummer | Aktenzeichen

Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

10 Schlusserklärung und Unterschrift

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.

Alle künftigen Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Umzug) teile ich dem Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr VII 2 (BAPersBw) unverzüglich mit.

Meine Pflicht zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Absatz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden bzw. bevollmächtigten Person

Anlagen (Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen):

- ☐ Einwilligungserklärung A-0010
- ☐ Kopien medizinischer Unterlagen
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Weitere Informationen zum SEG und Anträge in digitaler Form erhalten Sie auch im Internet unter dem Link Bundeswehr.de unter folgendem Menüpunkt „Selbstverständnis – Betreuung und Fürsorge – Soziales Entschädigungsrecht“ oder über nachstehenden QR-Code.

Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

A-0010

Leistungen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz (SEG)

hier: **Einwilligungserklärung**

Nachname	**Vorname**	**Titel**
Geburtsname		**Geburtsdatum**
Straße, Hausnummer		**Adresszusatz**
Postleitzahl	**Wohnort**	

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Bearbeitung und Entscheidung meines Anliegens nach dem Soldatenentschädigungsgesetz (SEG) nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) von:

- Psychologinnen und Psychologen, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern,
- der zuständigen Beihilfestelle,
- privaten Pflegeversicherungsträgern,
- weiteren Stellen der Bundeswehrverwaltung entsprechend meiner „Ergänzenden Einwilligungserklärung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und zum Datenaustausch mit Kooperationspartnern“,
- der Polizei (polizeiliche Ermittlungsunterlagen), der Staatsanwaltschaft (staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten) sowie Gerichten,
- sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen, Behörden und Personen (hierzu zählen auch Vertrauenspersonen aus dem persönlichen Umfeld)

im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand, meinen Antragsgegenstand bzw. mein sonstiges Anliegen einholt und die dort vorliegenden (medizinischen) Unterlagen beizieht.

Die o.g. Personen und schweigepflichtigen Stellen entbinde ich insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die angefragten Personen und Stellen im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von den geltend gemachten Antragsleiden Kenntnis erhalten.

Ich widerspreche der Erhebung von Daten bei folgenden Personen/Stellen/Einrichtungen/Behörden:

Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

Diese Einwilligung gilt für das aktuell eingeleitete Verwaltungsverfahren nach dem SEG bis zu dessen rechts- oder bestandskräftigem Abschluss und für ein gegebenenfalls daneben durchzuführendes Fallmanagement sowie für eventuelle Verfahren zur Durchsetzung der auf den Bund übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und angefertigten Unterlagen (z.B. auch Gutachten und Befundunterlagen von beauftragten Gutachterinnen/ Gutachtern). Sie umfasst die notwendige Verarbeitung meiner Daten einschließlich der Übermittlung an berechtigte Stellen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, auch solche über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SEG zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst, gespeichert und genutzt werden (§§ 67b, 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)) sowie
- den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
- weiteren Stellen innerhalb und außerhalb der Bundeswehr zur Erfüllung der Aufgaben nach dem SEG,
- den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit

übermittelt werden dürfen.

Ich habe weiter zur Kenntnis genommen

(1) die Merkblätter „Warum bedarf es Ihrer Einwilligung?“ sowie „Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten nach Artikel 13 und 14 DSGVO“.

(2) dass ich diese **Einwilligung** jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise formfrei gegenüber dem **BAPersBw VII 2**, Wilhelm-Raabe-Str. 46, 40470 Düsseldorf **widerrufen** kann (§§ 67b, 69 Abs. 1, Abs. 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X).

(3) dass mir etwaig zustehende Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten auf den Kostenträger der Soldatenentschädigung, hier die in der Bundeswehrverwaltung für die Bearbeitung von Schadensfällen zuständige Stelle, übergehen (§ 55 SEG i.V.m. § 116 SGB X).

(4) dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigefügt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringen werde, **keine Kosten übernommen werden**.

(5) meine Verpflichtung zur Abgabe wahrheitsgemäßer Angaben und die möglichen Folgen falscher Angaben.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der antragstellenden
bzw. bevollmächtigten Person

Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

Ergänzende Einwilligungserklärung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten und zum Datenaustausch mit Kooperationspartnern

Die Bundeswehr bietet Betroffenen weitere Leistungen und verschiedene Hilfs- und Unterstützungsangebote außerhalb des Soldatenentschädigungsgesetzes an. Eine umfassende Beratung und Betreuung in allen sozialen Angelegenheiten leistet auf Wunsch 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. Im Falle einer Einsatzschädigung oder einer anderen schwerwiegenden Wehrdienstbeschädigung ist die Unterstützung durch den Sozialdienst besonders zu empfehlen.

1. Sofern Sie möchten, dass der örtliche **Sozialdienst der Bundeswehr** über Ihren WDB-Antrag, Ihren Leistungsantrag oder Ihr sonstiges Anliegen und den damit verbundenen Unterstützungsbedarf **informiert wird**, ist auch dazu aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihre Einwilligungserklärung erforderlich. Bitte je nach Wunsch ankreuzen bzw. ergänzen:

☐ Ich werde bereits betreut durch den Sozialdienst _____

☐ Ich wünsche eine Betreuung durch den Sozialdienst und bitte um eine Kontaktaufnahme bzw. Unterbreitung eines Beratungsangebotes.
Ich bin damit einverstanden, dass zu diesem Zweck nachfolgende Daten an den für meinen Wohnort zuständigen Sozialdienst der Bundeswehr weitergegeben werden.

- ☐ Kontaktdaten zu meiner Person (Name, Anschrift)
- ☐ Weitere Kontaktdaten zu meiner Person (Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
- ☐ Antragsgegenstand (WDB-Anerkennung, SEG-Leistungen)
- ☐ nachfolgende Anmerkungen zu meinem Unterstützungsbedarf:

2. Sofern Sie möchten, dass wir **nachfolgende Stellen der Bundeswehrverwaltung** zur ganzheitlichen Klärung Ihrer Ansprüche und Anliegen im Zusammenhang mit der Wehrdienstbeschädigung bzw. dem damit verbundenen Unterstützungsbedarf einbeziehen und die dafür notwendigen **Informationen austauschen**, benötigen wir auch dafür Ihre Einwilligungserklärung. Bitte bei Bedarf ankreuzen:

Personenkennziffer (PK)

Vorgangsnummer (durch BAPersBw auszufüllen)

BUNDESWEHR

Hiermit entbinde ich für die Dauer der Bearbeitung

- ☐ die zuständige Stelle beim Sozialdienst der Bundeswehr
- ☐ die Zentrale Ansprech-, Leit- und Koordinierungsstelle für Menschen, die unter Einsatzfolgen leiden (ZALK) beim BAPersBw
- ☐ die zuständige Stelle der Dienstzeitversorgung beim BAPersBw
- ☐ die Heilfürsorgeabrechnungsstelle beim BAPersBw
- ☐ die zuständige Stelle der Wohnungsfürsorge beim BwDLZ
- ☐ _____

ggf. weitere Stelle der Bundeswehr

und

- ☐ die bearbeitenden Stellen bei BAPersBw VII 2 – Soldatenentschädigung einschließlich des Fallmanagements

zum Zwecke

- ☐ der Bearbeitung meines aktuellen Anliegens/Antrages (vom _____) nach dem SEG
- ☐ der Begleitung und Unterstützung im Rahmen des Fallmanagements nach dem SEG
- ☐ der Begleitung und Unterstützung durch den Sozialdienst der Bundeswehr
- ☐ der Bearbeitung meines aktuellen Anliegens/Antrages (vom _____) außerhalb des SEG
- ☐ _____

ggf. weitere Anliegen

gegenseitig von der Schweigepflicht (u.a. nach § 203 StGB).

Die Schweigepflichtentbindung wirkt gegenseitig. Das bedeutet, dass im Einzelfall relevante Informationen sowohl von der vorgenannten Stelle an das BAPersBw VII 2 als auch umgekehrt vom BAPersBw VII 2 an die vorgenannte Stelle weitergegeben werden können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich erkläre mich einverstanden

- ☐ mit der Weitergabe der unter Nr. 1 angekreuzten Information an den zuständigen Sozialdienst der Bundeswehr.
- ☐ mit der unter Nr. 2 angeführten gegenseitigen Schweigepflichtentbindung. Ich bin einverstanden, dass dadurch dem vorgenannten Kreis dienstliche und private Informationen sowie Gesundheitsdaten offenbart werden.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift der antragstellenden
bzw. bevollmächtigten Person

BUNDESWEHR

Warum bedarf es Ihrer Einwilligungserklärung?

Sie begehren Leistungen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz (SEG). Um über Ihren möglichen Anspruch sachgerecht entscheiden zu können, benötigen wir alle dafür relevanten Informationen und Unterlagen. Welche Daten und Informationen benötigen wir und wie und wo erheben wir diese?

1 Wo fordert die zuständige Behörde Daten und Informationen an?

Nach § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) sind wir gehalten, die notwendigen Informationen und Unterlagen grundsätzlich zuerst bei Ihnen als betroffene Person zu erheben. Deshalb bitte wir Sie mit jedem Antragsvordruck um die entsprechende Mitwirkung und Hergabe der Ihnen vorliegenden Dokumente. Nicht immer jedoch können die erforderlichen Informationen vom Betroffenen selbst vollständig, zeitnah oder ohne unverhältnismäßig hohen Aufwand erlangt werden.

2 Bei wem darf die Behörde Daten und Informationen per Gesetz direkt einholen?

Nach § 67a SGB X i.V.m. den §§ 73 ff. SEG ist die für die Aufgabenerfüllung nach dem SEG zuständige Behörde berechtigt, zur Aufklärung des Sachverhalts Auskünfte einzuholen und Unterlagen beizuziehen, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist.

Hierunter fallen insbesondere Auskünfte und Unterlagen von

- Ärztinnen und Ärzten,
- Zahnärztinnen und Zahnärzten,
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- Gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen,
- Trägern der Unfallversicherung und der Rentenversicherung.

Diese Stellen dürfen aufgrund der gesetzlichen Regelungen Auskünfte über die Behandlung, den Gesundheitszustand sowie über Erkrankungen und frühere Erkrankungen der geschädigten Person gegenüber der zuständigen Behörde erteilen.

3 Warum benötigen wir zusätzlich Ihre Einwilligung?

Andere Stellen sind nicht bzw. nicht vollständig vom gesetzlichen Auskunftstatbestand erfasst, z.B.:

- Psychologinnen und Psychologen, Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern, Psychotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie sonstige medizinische Leistungserbringer,
- Beihilfestellen und private Pflegeversicherungen,
- weitere Bundeswehrstellen ohne sozialrechtliche Aufgaben und Befugnisse.

Verfügen diese oder andere Stellen über relevante Informationen und Daten, die zur Ermittlung Ihres Anspruchs nach dem SEG benötigt werden, bedarf es für deren Erhebung daher Ihrer entsprechenden Einwilligung.

4 Was bedeutet Ihre Einwilligung?

Mit Ihrer Einwilligung erlauben Sie uns, die Auskünfte, die für die Prüfung Ihres Anspruchs notwendig sind, auch bei den in der Erklärung benannten Stellen, die nicht im SEG genannt sind, einzuholen, zu verarbeiten sowie an andere Stellen weiter zu übermitteln, soweit dies für sozialrechtliche Aufgaben erforderlich ist.

Mit Ihrer ergänzenden Einwilligung erlauben Sie uns im Bedarfsfall Informationen mit Kooperationspartnern auszutauschen, die nicht dem Sozialrecht unterliegen, wie etwa mit dem Sozialdienst der Bundeswehr.

BUNDESWEHR

Wir geben Ihre im Entschädigungsverfahren erhobenen und gespeicherten Daten nur dann an Dritte weiter, wenn eine Vorschrift aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) eine Datenübermittlung ausdrücklich erlaubt oder anordnet bzw. wenn Sie eingewilligt haben.
Ihre Einwilligung können Sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen.

Bitte bedenken Sie jedoch, dass wir – falls nicht alle relevanten Daten vorliegen – eine Leistung ggf. ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen.

5 Welche Daten werden erhoben?

Wir erbitten von Ihnen und den gesetzlich oder aufgrund Ihrer Einwilligungserklärung legitimierten Stellen nur solche Angaben und Unterlagen (Daten), die wir für die Prüfung Ihres Anspruchs und für die Leistungsgewährung nach dem SEG benötigen.

Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf den nachfolgenden Seiten. Den konkreten Zweck, die konkreten Rechtsgrundlagen und Auswirkungen fehlender Mitwirkung entnehmen Sie bitte dem jeweiligen Antragsvordruck.

6 Vorlage von Unterlagen durch Sie:

Sollten sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG-, Labor-, Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein. Damit beschleunigen Sie das Verwaltungsverfahren. Dafür entstehende Kosten (etwa für Porto und Kopien) können leider nicht übernommen werden.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden die benötigten Daten aufgrund Ihrer Angaben gemäß der gesetzlichen Befugnis aus § 67a SGB X i.V.m. §§ 73 - 76 SEG bzw. entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung vom BAPersBw beigezogen.

Bitte senden Sie dafür Ihre “Einwilligungserklärung“ baldmöglich ausgefüllt und unterschrieben zurück an BAPersBw VII 2.

Wenn Sie wünschen, dass wir bei Bedarf zur Unterstützung und Verfahrensbeschleunigung direkt Kontakt mit weiteren Kooperationspartnern (z.B. Sozialdienst der Bundeswehr, ZALK) aufnehmen und Informationen zu Ihren Anliegen austauschen, geben Sie bitte auch dazu Ihre Einwilligungserklärung ab.

BUNDESWEHR

Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind §§ 67 ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) sowie §§ 73 ff Soldatenentschädigungsgesetz (SEG). Dabei unterliegen Ihre Daten dem Sozialgeheimnis und sind durch die datenschutzrechtlichen Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) besonders geschützt. **Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet.**

Nachfolgend möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Fachbereich Soldatenentschädigung des Bundesamtes für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw VII 2) und Ihre damit zusammenhängenden Rechte geben. Verarbeitung in diesem Zusammenhang bedeutet, dass personenbezogene Daten mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren z.B. erhoben, erfasst, gespeichert, verwendet, übermittelt, zum Abruf bereitgestellt oder gelöscht werden. Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die einer identifizierbaren natürlichen Person zugeordnet werden können. Keine personenbezogenen Daten sind anonymisierte oder pseudonymisierte Daten.

1 Verarbeitungszwecke, Rechtsgrundlagen, Datenquellen

Die Datenverarbeitung durch BAPersBw VII 2 stützt sich aufgrund des gesetzlichen Leistungsauftrages insbesondere auf Art. 6 Abs. 1 Buchst. e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO. Darüber hinaus werden Ihre (Gesundheits)Daten gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a bzw. Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung verarbeitet.

Das BAPersBw VII 2 verarbeitet die Sozialdaten zum Zwecke der Erfüllung seines gesetzlichen Auftrages, der Entschädigung und Versorgung wehrdienstgeschädigter Personen und ihrer Angehörigen nach dem SEG und den angrenzenden Teilen des SGB. Bestimmte Leistungen werden im Rahmen der Auftragsverwaltung eigenständig durch die Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB) bzw. die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erbracht.

Durch BAPersBw VII 2 zu erbringende Leistungen des SEG sind insbesondere:

- Ausgleichszahlungen für geschädigte Personen
  z.B. Ausgleich für gesundheitliche Schädigungsfolgen (§ 11 SEG), Erwerbsschadensausgleich (§ 37 SEG), Erstattung von Sachschäden (§ 54 SEG);
- Kostenerstattung bei selbstbeschafften Maßnahmen der medizinischen Versorgung im In- und Ausland (§§ 26, 27 SEG), Soziale Teilhabe (§§ 33 ff SEG);
- Leistungen für Angehörige und Hinterbliebene
  z.B. Ausgleichzahlung an Witwen/Witwer, Waisen, Eltern (§§ 42 ff SEG), Sterbegeld (§ 49 SEG), Kostenerstattung für psychotherapeutische Leistungen in besonderen Fällen (§ 51 SEG);
- Leistungen im Rahmen des Übergangs- und Fortgeltungsrechts (§§ 80 ff SEG)
  z.B. Berufsschadensausgleich (§ 82 SEG), Geldleistungen (§ 83 SEG), befristete Leistungen (§ 84 SEG), Pflegeausgleich (§ 88 SEG), Ausgleich bei nicht schädigungsbedingtem Tod (§ 89 SEG).

Durch die UVB zu erbringenden Leistungen des SEG sind insbesondere:

- Sach- und Geldleistungen der medizinischen Versorgung und zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 70 Abs. 2, 3 SEG)
  z.B. schädigungsbedingte medizinische Versorgung und Pflegeleistungen nach Dienstzeitende (§§ 15 ff SEG i.V.m. SGB VII), Teilhabe am Arbeitsleben nach Dienstzeitende für geschädigte Personen (§§ 28 ff SEG) und Witwen/Witwer (§ 46 SEG), Wohnungshilfe (§ 33 SEG i.V.m. § 41 SGB VII).

Durch die GKV zu erbringende Leistungen des SEG sind insbesondere:

- Geld- und Sachleistungen im Rahmen des Übergangs- und Fortgeltungsrechts (§ 81 SEG)
  z.B. Heil- und Krankenbehandlung der Nichtschädigungsfolgen für Bestandsfälle (§ 81 Abs. 3 S. 1 SEG).

Die dafür erforderlichen Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (§§ 60 ff SGB I) erhoben. Daneben erhebt bzw. erhält BAPersBw VII 2 unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 67a SGB X i.V.m. §§ 73 ff SEG und ggf. in Verbindung mit Ihrer Einwilligungserklärung auch Daten von anderen Stellen bzw. Dritten, z.B. anderen Sozialleistungsträgern, Arbeitgebern, Ärzten oder dem Melderegister.

Die Übermittlung der zur Leistungsgewährung notwendigen Sozialdaten zwischen BAPersBw VII 2 und UVB erfolgt aufgrund § 73 SEG. Die Erhebung, Speicherung und Übermittlung von Daten durch medizinisches Personal, das an der medizinischen Versorgung nach dem SEG beteiligt ist (z.B. Durchgangsarzt/-ärztin), erfolgt auf Grundlage des § 74 SEG, ohne dass dafür eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht notwendig ist. Ihre anderen behandelnde Ärztinnen und Ärzte und Ihre Krankenversicherung sind gemäß §§ 75, 76 SEG auf Verlangen des BAPersBw bzw. der UVB auskunftspflichtig über Behandlungen, Diagnosen, Medikationen, sonstige Befunde sowie medizinisch-technische Untersuchungen zu Erkrankungen, die im Zusammenhang mit der Wehrdienstbeschädigung stehen können. Truppenärztinnen/-ärzte dürfen dem BAPersBw gemäß § 77 SEG den Verdacht einer Wehrdienstbeschädigung anzeigen.

2 Kategorien personenbezogener Daten

Im Wesentlichen werden folgende Datenkategorien vom BAPersBw VII 2 verarbeitet:

- Stammdaten und Kontaktdaten, diese sind insbesondere:
  Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Geburtsort, Personenkennziffer, Dienstgrad, (E-Mail-)Adresse, Telefonnummer, Geschlecht, Familienstand, Bevollmächtigte, Hinterbliebene, Bankverbindung;
- Daten zur Leistungsgewährung, diese sind insbesondere:
  Daten zum Wehrdienstverhältnis, Angaben zum schädigenden Ereignis, Angaben zur Wehrdienstbeschädigung, Krankenversicherungsdaten, Einkommensverhältnisse (nur in besonderen Fällen);
- Gesundheitsdaten, diese sind insbesondere:
  Militär- und zivilärztliche Untersuchungsergebnisse, ärztliche oder psychologische Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand, Gutachten oder Stellungnahmen durch die Sozial- und Versorgungsmedizin des BAPersBw inkl. der Bezeichnung der Schädigungsfolgen und des Grades der Schädigungsfolgen.

3 Empfänger von Daten

Diese Daten werden, soweit erforderlich, im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften (§ 69 Abs. 1 und 2 SGB X) vom BAPersBw VII 2 an andere Stellen bzw. Dritte übermittelt wie z.B.

- Andere Leistungsträger: Unfallversicherung Bund und Bahn, Rentenversicherungsträger, Kranken- und Pflegeversicherung, Agentur für Arbeit, Rehabilitationsträger;
- Finanzämter, Geldinstitute, Arbeitgeber, Zahlstellen, Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltungen, Sozialgerichte;
- zu beauftragende medizinische Gutachterinnen/Gutachter;
- andere Stellen innerhalb der Bundeswehrverwaltung: z.B. Gesundheitsaktenführende Stelle, Schadensbearbeitende Stelle, Berufsförderungsdienst, Fremdsprachenübersetzer/innen.

Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe dürfen auch medizinische Daten, die dem BAPersBw bereits vorliegen bzw. aufgrund gesetzlicher Grundlage oder Einwilligungserklärung zugehen, an andere Stellen bzw. Dritte

übermittelt werden. Nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X können Sie einer solchen Übermittlung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft formlos widersprechen. Dies kann jedoch zur Folge haben, dass Ihnen wegen fehlender Mitwirkung eine Leistung ganz oder teilweise versagt wird.

4 Speicherdauer

Ihre Daten werden in Anwendung des § 84 Abs. 4 SGB X i.V.m. Art. 17 Abs. 3 Buchst. b DSGVO mindestens für die Dauer einer möglichen Leistungsgewährung gespeichert.

5 Betroffenenrechte

Sie können gegenüber der Verantwortlichen Stelle gemäß Ziffer 6 folgende Rechte ausüben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i.V.m. §§ 83 SGB X, 78 SEG)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X)
- Widerruf der Einwilligung (Art. 7 DSGVO)

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt (Art. 77 DSGVO). Die zuständige Aufsichtsbehörde ist der/die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Graurheindorfer Straße 153 in 53117 Bonn).

6 Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist das:

Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr
Militärringstraße 1000
50737 Köln

E-Mail: BAPersBwEingang@bundeswehr.org

7 Datenschutzbeauftragter

Wenn Sie Fragen haben oder der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an den/die Datenschutzbeauftragte/n für den Geschäftsbereich BMVg (DSB GB BMVg) zu wenden. Diesen erreichen Sie unter der Postanschrift:

DSB GB BMVg
Stauffenbergstraße 18
10785 Berlin

E-Mail: DSBGBBMVg@bmvg.bund.de

8 Weitergehende Informationen

Weitere Informationen zum SEG und Anträge in digitaler Form erhalten Sie auch im Internet unter dem Link Bundeswehr.de unter folgendem Menüpunkt „Selbstverständnis – Betreuung und Fürsorge – Soziales Entschädigungsrecht“.