

---

---

# Antrag

## auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem III. Teil des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG)

<b>1. Familienname, Vorname</b>				
<b>2. Geburtsdatum</b>				
<b>3. Geburtsort, Kreis, Land</b>				
<b>4. PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer, Telefon</b>				
<b>5. Staatsangehörigkeit(en)</b>				
<b>6. Beruf</b>	a) vor der Einberufung zur Bundeswehr:  b) nach der Entlassung aus der Bundeswehr:			
<b>7. Familienstand</b>	ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> <small>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</small>			
a) Name des Ehegatten:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Vor- und Zuname</td><td style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Geburtsname</td><td style="width: 30%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Geburtsstag</td></tr></table>	Vor- und Zuname	Geburtsname	Geburtsstag
Vor- und Zuname	Geburtsname	Geburtsstag		
b) Namen der Kinder: (mit Geburtstagen)	(1) _____ (3) _____ (2) _____ (4) _____			

**8. Stand bei der Bundeswehr:**  
Berufssoldat     Soldat auf Zeit     Wehrpflichtiger     Wehrübungen Ableistender   
(Zutreffendes ankreuzen)

Personenkennziffer (PK.-Nr.) angeben:

**9. Dienstleistungen bei der Bundeswehr:**

von	bis	Einheit	Standort	Dienstgrad

10. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?

---



---



---



---



---

11. Auf welches schädigendes Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?  
(Genauere Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen; evtl. auf besonderem Blatt)

Zeitpunkt <sup>1)</sup>	Ort und Gegend	Art der Erkrankung bzw. Unfall 2)	Nachweise, Zeugen

---



---



---

12. Bei welchen Ärzten oder in welchen Krankenrevieren, Lazaretten, Krankenhäusern usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 10 aufgeführten Gesundheitsstörungen **während des Dienstes bei der Bundeswehr** ambulant oder stationär ärztlich behandelt?

von	bis	Ort	Name und Anschrift des Arztes, Bezeichnung des Lazaretts, . 2) Krankenhauses oder dergl.

13. **Ärztliche Behandlungen** (*ambulant oder stationär*) wegen der unter Nr. 10 aufgeführten Gesundheitsstörungen **nach Beendigung des Wehrdienstes:**

von	bis	Krankheit	Behandelnder Arzt oder Krankenhaus (bitte genaue Anschrift)	arbeitsunfähig		Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?
				von	bis	

1) Möglichst genaue Angaben sind erforderlich, mindestens nach Jahr und Monat.  
2) Möglichst genaue Bezeichnung ist erforderlich.

14. Bestanden Gesundheitsstörungen schon *vor der Einberufung zum Wehrdienst*? Ja  Nein   
(Zutreffendes ankreuzen)

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Waren Sie wegen Erkrankung vom Wehrdienst zurückgestellt? Ja  Nein   
**Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Welchen Krankenkassen haben Sie *vor der Einberufung zur Bundeswehr* angehört?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

(Bei Familienversicherung bitte unter Nr. 16 und 17 auch Name und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers angeben, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird).

17. Welchen Krankenkassen gehörten bzw. gehören Sie *nach Beendigung des Wehrdienstes* bis heute an?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

18. Wie lautet Ihre Rentenversicherungsnummer? \_\_\_\_\_

18.1 Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegehalt oder sind solche Leistungen beantragt oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde, ggf. von (bei) welcher Stelle (Rentenzeichen)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Bezogen Sie in den letzten drei Jahren Leistungen der Arbeitslosenversicherung, ggf. von welcher Arbeitsagentur und in welcher Zeit?

\_\_\_\_\_

20.a) Erhalten Sie bereits Versorgungsbezüge bzw. Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt und ggf. von welcher Stelle?

\_\_\_\_\_

20.b) Haben Sie schon früher einen entsprechenden Antrag gestellt und ggf. bei welcher Stelle?

\_\_\_\_\_

21. Von welcher Dienststelle erhielten Sie zuletzt Ihre Dienstbezüge (Wehrsold usw.)?

\_\_\_\_\_

22. Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Schwerbehindertengesetz habe ich - nicht - gestellt

am \_\_\_\_\_ beim Landratsamt \_\_\_\_\_  
unter dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_

23. Bank- oder Postbankkonto, auf das die Versorgungsbezüge ggf. überwiesen werden sollen:  
Konto-Nr. \_\_\_\_\_ bei der (beim) \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

## 24. Erklärung

24.1 Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer anderen Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

24.2 Ich bin damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden

- Ärzten \_\_\_\_\_ wegen der Gesundheitsstörungen  
unter Nr. 10, 12 - 15  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Kuranstalten/Krankenhäusern/Heilstätten \_\_\_\_\_ wegen der Gesundheitsstörungen  
unter Nr. 10, 12 - 15  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde und Röntgenbilder bezieht, sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind. Ich entbinde diese Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

24.3 Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt von folgenden Trägern der Sozialversicherung, der zuständigen Wehrbereichsverwaltung und anderen Stellen (Nr. 16 - 22) - (bitte die Sozialversicherungsträger und anderen Stellen hier bezeichnen) –  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht.

**Die beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.**

*Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).*

**Als Unterlagen sind beigefügt (alle Angaben sind möglichst zu belegen z.B. durch Wehrpass, Wehrdienstbescheinigung, Zeugenaussagen usw.):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Eigenhändige Unterschrift – Vor- und Zuname -des Antragstel-

**Hinweise für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland:**

Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit **Eingangsstempel** oder **-vermerk** zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist **stets** eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Landratsamt zuzuleiten (§16 Sozialgesetzbuch Erstes Buch vom 11.12.1975 - BGBl. I Seite 3015).

**Anlage: Hinweise zur Datenerhebung**