



Thüringer Landesverwaltungsamt - Postfach 100141 98490 Suhl

Thüringer Landesverwaltungsamt  
Karl-Liebknecht-Straße 4  
98527 Suhl

Bitte für amtliche Zwecke freihalten	
Eingangsstempel Landesverwaltungsamt	Eingangsstempel anderer Stellen (z.B. Krankenkassen)
Antragslisten-Nr.	

## Antrag auf Gewährung von **Beschädigtenversorgung** nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz – OEG)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

### Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller !

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – und fügen Sie ggf. entsprechende Unterlagen bei. Die nachstehenden Angaben sind zur Feststellung eines Anspruches auf Beschädigtenversorgung nach dem OEG notwendig. Nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet, insbesondere alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

### I. Angaben zur Person des/der Geschädigten

<b>1. Vor- und Zuname, ggf. Geburtsname und frühere Namen</b>	<b>2. Geburtsdatum</b>	<b>3. Telefonisch tagsüber erreichbar unter Nr.:</b>  ...../.....
<b>2. Bei Minderjährigen und Personen, für die eine Betreuerin / ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen und Anschrift der gesetzlichen Vertreterin/ des gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuerin / Betreuers angeben und die Betreuungsurkunde in Kopie beifügen:</b>		
<b>3. Jetzige Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Landkreis, Land):</b>		
<b>4. Anschrift zur Tatzeit –falls abweichend-</b>		
<b>5. Staatsangehörigkeit:</b> <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-Mitgliedsstaat: ..... <input type="checkbox"/> Sonstige: .....		
<b>6. Tätigkeit/Beruf vor der Schädigung:</b>		<b>Tätigkeit/Beruf jetzt:</b>

**7. Familienstand:**

ledig     verheiratet seit:                       verwitwet seit:                       geschieden seit:

**II. Angaben zum schädigenden Ereignis**

1.1. **W a n n** und **w o** ereignete sich die Gewalttat? (Datum, Uhrzeit und Ort bitte genau angeben)

2. Die Gewalttat ereignete sich am **Arbeitsplatz** / in der **Ausbildungsstätte**                       ja     nein  
auf dem **Weg dorthin** oder auf dem **Weg von dort nach Hause**                       ja     nein

3. **Wie** hat sich die Gewalttat zugetragen und wie wurde die Gesundheitsschädigung herbeigeführt?  
Was war Anlass für die Auseinandersetzung? Wer hat mit den Tötlichkeiten begonnen?  
Bitte schildern Sie möglichst genau und ausführlich den Tathergang, eventuell auf einem gesonderten Blatt.

4. Name und Anschrift der **Täterin** / des **Täters** (soweit bekannt):

5. Welche **Zeugin** / welchen **Zeugen** können Sie für das Tatgeschehen angeben? -Bitte Name(n) und Anschrift(en)-

6. Wer hat **Erste Hilfe** geleistet? -Bitte Name(n) und Anschrift(en)-

7. Wurde **Strafanzeige** erstattet?

ja, am ..... bei .....  
Welche Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft hat die Angelegenheit bearbeitet? (Bitte Dienststelle, Anschrift, **Aktenzeichen**, **Tagebuchnummer** angeben)

nein, aus folgenden Gründen:

8. Ist wegen der Gewalttat ein **gerichtliches Verfahren** anhängig oder wurde bereits abgeschlossen?

nein                       ja, beim ..... -Gericht in                      Aktenzeichen:

9. Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt, Ihre Interessen wegen der Gewalttat wahrzunehmen?

nein       ja (Name, Anschrift, Aktenzeichen) .....

**III. Angaben zur gesundheitlichen Schädigung**

1. Welche Gesundheitsschäden lagen **unmittelbar nach** der Gewalttat vor?

- 
- 
- 
- 

2. Welche auf der Gewalttat beruhende Gesundheitsschäden liegen **heute** noch vor?

- 
- 
- 
- 

3. Wegen welcher Gesundheitsschäden wird **Versorgung** beantragt?

wegen aller Gesundheitsschäden       nur wegen .....

**IV. Angaben zu ärztlichen Behandlungen**

1. Hausärztin / Hausarzt zum Zeitpunkt der Schädigung: .....

2. Hausärztin / Hausarzt heute (falls abweichend): .....

3. Ambulante und stationäre **Behandlungen nach** der Gewalttat:

von - bis		wegen (Krankheitsbezeichnung)	bei (Name und Anschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. des Krankenhauses – einschl. der Abteilung)
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		

4. Ambulante und stationäre **Behandlungen vor** der Gewalttat:

	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		
	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		

**V. Krankenkassen / Krankenversicherungen** -Bitte lückenlos auf der Gewalttat-

von – bis	Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse / Krankenversicherung

### V. Sonstiges

<p>1. Wurde wegen der bei Ziffer III angegebenen Gesundheitsschäden auch bei einer anderen Behörde Antrag auf Entschädigung gestellt oder werden von dort bereits Leistungen bezogen? -Ggf. bitte Bescheid beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bei ..... in .....Az.: .....</p>
<p>2. Beziehen Sie <b>Rente</b> aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, <b>Altersgeld</b> für Landwirte, <b>Versorgung</b> nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (z.B. Opferentschädigungsgesetz wegen einer früheren Gewalttat, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Infektionsschutzgesetz)? -Ggf. bitte Bescheid beifügen-</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei/bezogen von .....Az.: .....</p>
<p>3. Wurde wegen den Folgen der Gewalttat oder aus anderen Gründen bereits ein Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht - SGB IX - durchgeführt oder beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bei .....Az.: .....</p>

### VI. Erklärungen der Antragstellerin / des Antragstellers

<b>Einverständniserklärung</b>		
<p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie dieses Aufschluss über die bei mir vorliegende/n Schädigung/en geben können.</p> <p>Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u.a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.</p> <p>Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.</p> <p><b>Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.</b></p>		
_____ ,den _____	_____	_____
(Ort)	(Datum)	(Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers)
<p>Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z.B. Ärzten, Krankenanstalten usw.) bin ich <b>nicht</b> einverstanden:</p> <p>⇒</p>		
_____ , den _____	_____	_____
(Ort)	(Datum)	(Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers)
<p><b>Hinweis zum Datenschutz:</b> Ihre Angaben werden erfasst und mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Der Antragsteller ist gemäß § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Er hat die zur Bearbeitung erforderlichen Angaben mitzuteilen und seine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Leistung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn der Antragsteller seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.</p>		

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen, und
- **meine evtl. Schadensersatzansprüche gegen die Täterin / den Täter mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetzes auf das Landesverwaltungsamt übergehen (§ 5 OEG i.V.m. § 81 a BVG) und ich daher keine Vereinbarungen (z.B. Vergleich) mit der Täterin / dem Täter oder deren Versicherung treffen darf.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)