

Antrag auf Leistungen für der Sozialen Entschädigung nach dem Vierzehnten Buch
Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)

Antrag auf Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe

An den
Landschaftsverband Rheinland
Fachbereich Soziale Entschädigung
50663 Köln

Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde

Traumaambulanz (vollständige Anschrift oder Stempel)

Name

Stempel

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Beginn der Behandlung

Ansprechpartner/Ansprechpartnerin (mit Telefonnummer)

Angaben zum Antragsteller/zur Antragstellerin

Frau

Herr

Divers

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Erreichbarkeit

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Bitte führen Sie den Schriftverkehr über die Traumaambulanz

Bitte führen Sie den Schriftverkehr über folgende Stelle:

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angaben zum Tatgeschehen

Tatzeit (Datum)

Tatzeit (Uhrzeit)

Tatort

Kurze Schilderung zum Tatgeschehen

Wenn die Gewalttat gegenüber jemand anderem verübt wurde: In welcher Beziehung stehen Sie zum Gewaltopfer?

Ehepartner/Ehepartnerin

Schwester/Bruder

Kind

Betreuungsunterhaltsberechtigte

Elternteil

Partner aus eheähnlicher Gemeinschaft

andere

Welche Gesundheitsstörungen wurden durch die Gewalttat verursacht?

Ich bitte um eine Beratung durch das Fallmanagement

ja

nein

später

Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe

ja nein Ich beantrage ausschließlich Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe nach §§ 2, 31–37, 115, 116 SGB XIV. Die behandelnden Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen entbinde ich von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten einschließlich von Berichten über die Behandlung durch die oben genannte Traumaambulanz bin ich einverstanden.

ja nein Ich beantrage ggf. weitere mir nach dem sozialen Entschädigungsrecht zustehende Leistungen.

Erklärungen

ja nein Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.

Schweigepflichtentbindungserklärung (Nur für weitere Leistungen erforderlich)

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden: Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen, gemachten Tatbestände

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu? ja nein

Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der sorgeberechtigten
(bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben), bevollmächtigten oder betreuenden Person:

Der Antrag kann neben dem Postweg auch auf folgende Weise übermittelt werden:

E-Mail: ser@lvr.de

Weitere Informationen erhalten Sie auch über unsere Internetseite: ser.lvr.de
