

## ANTRAG

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

|  |  |
|--|--|
| 1. Familienname, Vorname<br>(ggf. Geburtsname)   |  |
| 2. Geburtsdatum  | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich  |
| 3. Geburtsort , Kreis, Land  |  |
| 4. Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort,<br>Telefon)                                |  |
| 5. Staatsangehörigkeit(en)<br><br>- Herkunftsland  | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstiger Ausländer (vgl. Nr. 21)<br><input type="checkbox"/> EG-Angehöriger <input type="checkbox"/> staatenlos   |
| 6. Beruf   | a) vor Eintritt der Schädigung:<br><br>b) nach Eintritt der Schädigung:  |
| 7. Familienstand<br>a) Name des Ehegatten<br><br>b) Namen der Kinder<br>(mit Geburtstagen) | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden<br>Vor- und Zuname<br>Geburtsname<br>Geburtsdatum<br>1.<br>2.<br>3.<br>4. |

|   |
|---|
| 8. <b>Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?</b> |
|   |

|   |           |                                |
|---|-----------|--------------------------------|
| <b>9. Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?</b> |           |                                |
| Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit)  | Ort, Land | Ursache der Gesundheitsstörung |
|   |           |                                |
|   |           |                                |
|   |           |                                |

|  |
|--|
| 9. a) <b>Wurde das schädigende Ereignis einer Polizeidienststelle angezeigt?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welcher:  |
| Tagebuch-Nummer der Anzeige:   |
| 9. b) <b>Haben Sie Strafantrag gestellt?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                     |
| Wurde kein Strafantrag gestellt, benennen Sie bitte die hierfür maßgeblichen Gründe: *)  |

\*)Bitte Hinweis auf Seite 4 beachten!

- Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass ggf. vorhandene Ermittlungsakten von Polizei und Staatsanwaltschaft sowie Gerichtsakten, soweit sie zur versorgungsrechtlichen Bewertung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem OEG notwendig sind, vom Versorgungsamt beizugezogen werden.

- Wenn Sie Strafantrag gestellt haben entfällt die Beantwortung der Fragen 9. c) bis 9. f)

➔ bitte weiter bei Frage 10. a)

|  |
|--|
| 9. c) <b>Wie hat sich das schädigende Ereignis zugetragen?</b> Ggf. ausführliche Schilderung auf Beiblatt anfügen. |
| 9. d) <b>Benennen Sie bitte mögliche Zeugen mit Namen und Anschrift und fügen Sie vorhandene Nachweise bei.</b>    |

| 9. e) <b>Name(n) der schädigenden Person(en) - falls bekannt - .</b> |               |                      |
|--|---------------|----------------------|
| Nr.  | Name, Vorname | Straße, PLZ, Wohnort |
| 1.   |               |                      |
| 2.   |               |                      |
| 3.   |               |                      |

| 9. f) <b>Sind Sie mit den unter 9. e) genannten Personen verwandt oder verschwägert.</b> |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nr.  | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, bitte erläutern |
| 1.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10.a) <b>Hat der Schädiger seine Schadensersatzpflicht schriftlich anerkannt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.b) <b>Hat der Schädiger bereits Ersatz geleistet?</b>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 11. <b>In welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen stationär behandelt?</b> |     |     |  |
|---|-----|-----|--|
| von   | bis | Ort | Bezeichnung des Krankenhauses oder dergl. (genaue Anschrift) |
|   |     |     |  |
|   |     |     |  |
|   |     |     |  |

| 12. <b>Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der unter Nr. 8 genannten Gesundheitsstörungen:</b> |     |           |                                 |                    |                    |   |
|---|-----|-----------|---------------------------------|--------------------|--------------------|---|
| von   | bis | Krankheit | behandelnder Arzt mit Anschrift | arbeitsunfähig von | arbeitsunfähig bis | Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen? |
|   |     |           |                                 |                    |                    |   |
|   |     |           |                                 |                    |                    |   |
|   |     |           |                                 |                    |                    |   |

|   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 13. <b>Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon vor Eintritt der Schädigung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn ja, welche?</b>   |                          |                          |

| 14. <b>Welchen Krankenkassen haben Sie vor Eintritt der Schädigung angehört?</b> |     |                            |             |
|--|-----|----------------------------|-------------|
| von  | bis | Anschrift der Krankenkasse | Arbeitgeber |
|  |     |                            |             |
|  |     |                            |             |



