

GeschZ.: III B

**Sprechstunden:** Mo., Di., Fr. von 9.00 bis 12.00 Uhr  
 sowie nach Vereinbarung  
**Verkehrsverbindungen:**  
 U7/ U3 bis Fehrbelliner Platz  
 Bus: 104, 110, 115  
 bis Fehrbelliner Platz

Bitte für amtliche Zwecke freihalten!  
 Eingangsstempel

## Antrag

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

### I. Personalien

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Familienname (ggf. Geburtsname)		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, ggf. Kreis)			Telefon
Wohnort zum Zeitpunkt der Gewalttat			Fax
			E-Mail
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____			
Zahl der Kinder	Geburtsjahre der Kinder		
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund oder ein/e Betreuer/in bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des/der bestellten Betreuers/in angeben und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen.			
_____ _____ _____			
Bei Ausländern, die nicht der EG angehören: wohnhaft in der Bundesrepublik seit _____ Bitte beiliegendes Einlegeblatt ausfüllen.			
Beruf nach der Gewalttat		Beruf vor der Gewalttat	

## II. Gesundheitliche Schädigung

1. Welche Gesundheitsstörungen haben Sie durch die Gewalttat erlitten?

---

---

---

2. Welche Gesundheitsstörungen liegen als Folge der Gewalttat jetzt noch vor?

---

---

---

## III. Gewalttat

1. Tatzeit (Tag, Monat, Jahr)	Uhrzeit
2. Tatort (genaue Ortsbeschreibung)	
a) <input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> anderer Ort: _____
Bezirk/Straße _____	PLZ/Name _____
b) <input type="checkbox"/> auf dem Schulweg	<input type="checkbox"/> in der Schule
<input type="checkbox"/> auf dem Weg zum Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> sonstiger Tatort: _____	
3. Tatvorgang (genaue Schilderung) <sup>1)</sup>	
<hr/> <hr/> <hr/>	
4. Tatanlass (Ursache der Tötlichkeit) <sup>1)</sup>	
<hr/> <hr/> <hr/>	
5. Täter/in (Name und Anschrift) <sup>1)</sup>	
6. Weitere Tatbeteiligte (Namen und Anschriften) <sup>1)</sup>	
7. Tatzeugen (Name und Anschriften) <sup>1)</sup>	
8. Wer hat erste Hilfe geleistet? (Namen und Anschriften)	

<sup>1)</sup> ggf. gesondertes Blatt beifügen

9. Besteht zum/r Täter/in ein besonderes Verhältnis? (Verwandte/r, Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Bekannte/r etc.)		
10. Wurde Strafanzeige erstattet bzw. Strafantrag gestellt?		
<input type="checkbox"/> nein, Gründe:		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> ja, bei		
am (Datum)	Aktenzeichen	
11. Ist ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	Aktenzeichen
12. Haben Sie eine/n Rechtsanwalt/Rechtsanwältin beauftragt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift)	
13. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat bei einer anderen Behörde (z.B. bei einem Unfallversicherungsträger) Antrag auf Leistungen gestellt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	
	am (Datum)	Aktenzeichen
14. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Ansprüche gegen eine Versicherung des/r Täters/in?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gegen (Name, Anschrift)	Geschäftszeichen
15. Haben Sie vom/von der Schädiger/in Schadensersatzleistungen erhalten?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Geschäftszeichen
16. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Ansprüche gegen eine eigene Versicherung?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gegen (Name, Anschrift)	Geschäftszeichen

#### IV. Ärztliche Behandlungen und Krankenhausbehandlungen nach der Gewalttat

von	-	bis	Name des/r behandelnden Arztes/Ärztin bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie Anschrift	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

<http://www.lageso.berlin.de>

--	--	--

V. Welche Körperschäden haben schon **vor** der Gewalttat vorgelegen?

Wann und wo sind diese ärztlich behandelt worden?

von	-	bis	Name des/r behandelnden Arztes/Ärztin bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie Anschrift	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

VI. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

von	-	bis	Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung und Anschrift

VII. Sonstige Ansprüche und Leistungen

- bitte auch angeben, wenn bisher nur Antrag gestellt wurde -

<p>1. Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und dergleichen?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p style="text-align: right;">Geschäftszeichen</p> <p>Versicherungsträger</p> <p>wenn ja, von _____</p>
<p>2. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p style="text-align: right;">Geschäftszeichen</p> <p>Dienststelle</p> <p>wenn ja, von _____</p>
<p>3. Beziehen Sie eine Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen des Sozialen Entschädigungsrechts?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p style="text-align: right;">Geschäftszeichen</p> <p>Dienststelle</p> <p>wenn ja, von _____</p>
<p>4. Beziehen Sie Leistungen von der Arbeitsagentur?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja:</p>

Arbeitsagentur wenn ja, von _____	Geschäftszeichen _____
5. Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) oder Sozialgesetzbuch II (Hartz IV)?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Sozialbehörde / Job-Center wenn ja, von _____	Geschäftszeichen _____
6. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis beantragt oder bereits erhalten?	
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Versorgungsamt wenn ja, von _____	Geschäftszeichen _____
7. Lag wegen der Gewalttat Arbeitsunfähigkeit vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: von _____ bis _____	
Wurde aus diesem Grunde Krankengeld gezahlt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: von _____ bis _____	

Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an Kontoinhaber/in		
Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.**

Soweit Änderungen in den vorstehend gemachten Angaben eintreten – insbesondere Wechsel des Wohnortes - , werde ich das Versorgungsamt benachrichtigen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt die für die Entscheidung über den vorstehenden Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem OEG erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Unterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder), auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind, zur Einsicht beizieht.

**Ich entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren und im Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land Berlin übergebenen Schadensersatzansprüche zu.**

Als Unterlagen füge ich bei:

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/Antragstellerin oder  
gesetzlichen Vertreters

**Hinweis zum Übergang gesetzlicher Schadensersatzansprüche:**

Nach § 5 OEG in Verbindung mit § 81a Bundesversorgungsgesetz (BVG) geht ein Ihnen evtl. gegen einen Dritten (z.B. den Schädiger, die Schädigerin) wegen der Straftat zustehender gesetzlicher Schadensersatzanspruch kraft Gesetzes insoweit auf das Land Berlin über, als ich für Sie Leistungen nach dem OEG erbracht habe. Sie dürfen daher über solche Ersatzansprüche nicht verfügen, insbesondere nicht auf sie verzichten.

**Hinweis zum Datenschutz:**

Wir weisen darauf hin, dass Sie nach dem Sozialgesetzbuch zur Mitteilung der vorstehenden Angaben verpflichtet sind und diese mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden können.

**Sollte die Ausfüllung dieses Antragsbogens Schwierigkeiten bereiten, bin ich gern bereit, Ihnen dabei zu helfen.**

**Ich bitte Sie, mich dann in den Sprechstunden aufzusuchen.**

## Merkblatt für Opfer von Gewalttaten

1. Nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) vom 11. Mai 1976 (BGBl. I S.1181 / GVBl. S.1162), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juli 1993 (BGBl. I S.1262), können Personen, die durch eine Gewalttat eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben oder deren Hinterbliebene wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Schädigung Leistungen in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erhalten. Die Leistungen umfassen insbesondere:

- a) Gewährung von Heil- und Krankenbehandlung;
- b) Gewährung von Renten, wenn der festgestellte Grad der Schädigungsfolgen für nicht nur vorübergehende Gesundheitsstörungen mindestens 25 beträgt;
- c) Hinterbliebenenversorgung (Witwen, Witwer, Waisen, Eltern);
- d) Leistungen der Kriegsopferfürsorgestelle;
- e) Sterbegeld, Bestattungsgeld.

Sach- und Vermögensschäden werden nicht erstattet. Ebenso wird kein Schmerzensgeld gezahlt.

2. Ein Anspruch nach dem OEG setzt voraus, dass nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes (16. Mai 1976 bzw. im Beitrittsgebiet 03. Oktober 1990) durch einen vorsätzlich begangenen, rechtswidrigen tätlichen Angriff - oder bei dessen rechtmäßiger Abwehr - eine gesundheitliche Schädigung verursacht worden ist. Als tätlicher Angriff zählen auch die vorsätzliche Vergiftung eines anderen oder dessen wenigstens fahrlässige Verletzung durch ein mit gemeingefährlichen Mitteln begangenes Verbrechen (z.B. Brandstiftung, Sprengstoffanschlag). Die Schädigung selbst muss in der Bundesrepublik Deutschland oder auf einem deutschen Schiff oder in einem deutschen Flugzeug eingetreten sein.

3. Personen, die in der Zeit vom 23. Mai 1949 bis 15. Mai 1976 in den alten Bundesländern oder in der Zeit vom 07. Oktober 1949 bis 02. Oktober 1990 im Beitrittsgebiet eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, können im Wege einer Härtausgleichsregelung ebenfalls Leistungen erhalten. Hierfür ist jedoch Voraussetzung, dass die Berechtigten

allein infolge dieser Schädigung schwerbeschädigt sind (Grad der Schädigungsfolgen mindestens 50 )

und

bedürftig sind

und

im Geltungsbereich des OEG ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Die Frage der Bedürftigkeit kann von der Versorgungsverwaltung nur im Einzelfall unter Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse geprüft werden.

4. Ausländer, die Staatsangehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaft sind oder in deren Heimatland deutschen Staatsangehörigen der gleiche Schutz gewährt wird, haben einen Anspruch auf Versorgung nach dem OEG wie deutsche Staatsbürger.

5. Sonstige Ausländer, die sich seit mindestens drei Jahren ununterbrochen rechtmäßig im Bundesgebiet aufhalten, haben ebenfalls einen uneingeschränkten Versorgungsanspruch. Dagegen erhalten Ausländer, die sich noch nicht drei Jahre ununterbrochen rechtmäßig im Bundesgebiet befinden, sowie Ehegatten, Kinder und Eltern der Ausländer im Sinne der Ziffern 4 und 5, die sich nicht ständig im Bundesgebiet aufhalten, aber anlässlich eines Besuchs Opfer einer Gewalttat wurden, lediglich eingeschränkte Leistungen.

Der Anspruch endet mit dem Verlassen der Bundesrepublik Deutschland.

6. Ausländische Touristen, die nicht zu dem in Ziffer 4 genannten Personenkreis gehören, haben keinen Anspruch auf Versorgung nach dem OEG. Bei schweren bleibenden Körperschäden einer Gewalttat ist jedoch die Zahlung einer einmaligen Leistung möglich.

7. Leistungen nach dem OEG werden nicht gewährt, wenn der Verletzte (Geschädigte) die Schädigung verursacht hat. Sie sind auch zu versagen, wenn der Geschädigte oder der Antragsteller an politischen oder kriegerischen Auseinandersetzungen in seinem Heimatstaat aktiv beteiligt ist oder war und die Schädigung hiermit im Zusammenhang steht. Gleiches gilt, wenn der Geschädigte oder der Antragsteller in die organisierte Kriminalität verwickelt ist oder war oder einer Organisation, die Gewalttaten begeht, angehört oder angehört hat und die Schädigung hiermit im Zusammenhang steht. Schließlich können Leistungen auch versagt werden, wenn der Geschädigte es unterlassen hat bzw. unterlässt, das ihm Mögliche zur Aufklärung des Sachverhalts und zur Verfolgung des Täters beizutragen, insbesondere unverzüglich Strafanzeige bei einer für die Strafverfolgung zuständigen Behörde zu erstatten.

8. Keine Anwendung findet das OEG auch auf Schäden, die mit einem Kraftfahrzeug oder Anhänger verursacht worden sind, auch wenn das vorsätzlich geschehen ist. Es könnten dann aber Ansprüche gegen den Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen bestehen. In diesen Fällen sollte daher ein Antrag an den

Verein für Verkehrsofferhilfe e. V.  
Glockengießerwall 1 / V  
20095 Hamburg

gerichtet werden.

9. Anträge auf Gewährung von Versorgung sind beim

**Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin**  
**- Versorgungsamt -**  
**Referat III B**  
Sächsische Str. 28  
10707 Berlin

Dienstgebäude:

Postanschrift:

Postfach 31 09 29, 10639 Berlin

zu stellen.

Ein Antrag nach dem OEG gilt aber auch dann als rechtmäßig gestellt, wenn er bei einem anderen Sozialleistungsträger, z.B. einer Krankenkasse, einem Rentenversicherungsträger oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland eingegangen ist.

**Weitere Auskünfte über die Anspruchsvoraussetzungen sowie über Art und Umfang der Leistungen nach dem OEG werden von dem genannten Versorgungsamt (Telefon-Durchwahl: 90229 - 6640 / 6243 / 1407 / 6225) erteilt.**



## Bitte alle drei Erklärungen ausfüllen und unterschreiben!

Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Az: OEG  
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung nach dem OEG die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

.....  
Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Az: OEG  
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung nach dem OEG die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

.....  
Name: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Az: OEG  
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung nach dem OEG die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters