

1.6	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		Tagsüber erreichbar unter (die Angabe der Tel.-Nr. ist freiwillig)
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	Telefon-Nr.:
Bei Ausländern: In der Bundesrepublik ununterbrochen wohnhaft seit: _____ (Bitte Aufenthaltsgenehmigung oder Aufenthaltsgestattung der Ausländerbehörde in Fotokopie beifügen, soweit vorhanden)			
1.7	Derzeitiger Beruf	Frühere Berufe	
1.8	Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrem Beruf besonders betroffen?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:	
	Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:	
1.9	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters angeben und ggf. eine Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises vorlegen oder beifügen.		
2 Gesundheitsstörung			
2.1	Wegen welcher - aus einer Gewalttat herrührenden - Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?		
2.2	Sollen wegen dieser Gesundheitsstörungen aus besonderen Gründen schon vor der endgültigen Entscheidung vorläufig Leistungen der Heilbehandlung gewährt werden?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Die Gründe bitte auf Extrablatt darlegen)	
3 Gewalttat			
3.1	Tatzeit (Tag, Monat, Jahr)	Uhrzeit (0-24 Uhr)	
3.2	Tatort (genaue Ortsbeschreibung, Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung, Raum usw.)		
	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Schulweg
3.3	Tathergang (genaue Schilderung)		

3.4	Name und Anschrift des/der Täter(s) (soweit bekannt)	
3.5	Weitere Tatbeteiligte (Namen und Anschriften, soweit bekannt)	
3.6	Tatzeugen (Namen und Anschriften, soweit bekannt)	
3.7	Wer hat erste Hilfe geleistet? (Name und Anschrift, soweit bekannt - diese Angabe ist freiwillig -)	
3.8	Wurde Strafanzeige erstattet? <input type="checkbox"/> nein, Gründe: <input type="checkbox"/> ja, bei	
3.9	am (Datum)	Aktenzeichen
3.9	Ist ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei Aktenzeichen
3.10	Haben Sie einen Rechtsanwalt beauftragt? (diese Angabe ist freiwillig)	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift)
4	Ansprüche gegen Dritte	
4.1	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
4.2	Haben Sie vom Täter Schadenersatzleistungen erhalten?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
5	Heil- und Krankenbehandlung	
5.1	Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Gewalttat	
	von - bis	Name, Anschrift der behandelnden Ärzte

5.2	Stationäre Behandlungen wegen der Folgen der Gewalttat		
	von - bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser	Abteilung / Station
5.3	Ambulante und stationäre ärztliche Behandlungen vor Eintritt der Gewalttat wegen einer Krankheit oder Verletzung am gleichen Körperteil/Organsystem		
	von - bis	Name, Anschrift des Arztes/Krankenhauses	
6 Beantragte oder bezogene Leistungen			
6.1	Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen		
	von - bis	Name, Anschrift der Krankenkasse	des jeweiligen Arbeitgebers (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)
6.2	Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ähnliches?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von (Anschrift)	Aktenzeichen
6.3	Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von (Dienststelle)	Aktenzeichen
6.4	Beziehen Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder den Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, SVG, ZDG, IfSG, HHG, StrRehaG, VwRehaG)?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja von (Behörde)	Aktenzeichen
6.5	Haben Sie - ggf. auch früher - Leistungen der in Ziffer 6.2, 6.3 oder 6.4 genannten Art beantragt?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei	Aktenzeichen

