

Eingangsdatum:

Antragsdatum:

GZ.:

**Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg**  
**Soziales Entschädigungsrecht**  
**Lipezker Straße 45**  
**03048 Cottbus**

**Kurzantrag auf Leistungen für Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere  
Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach dem Vierzehnten Buch  
Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)**

**Angaben zur Person**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Angaben zum Ereignis:** Um welche Impfung handelt es sich?

\_\_\_\_\_  
Tag der Impfung

\_\_\_\_\_  
Impfstoff

\_\_\_\_\_  
Ort der Impfung

**Angaben zu den Gesundheitsstörungen:**

Zu welchen Gesundheitsstörungen hat die Impfung geführt?

---

**Anlagen:**

- Schweigepflichtentbindungserklärung
- in meinen Händen befindliche ärztliche Unterlagen
- Kopie Impfausweis

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers: