









## Genugtuung (immaterieller Schaden)

Beschreibung des immateriellen Schadens, z.B. immaterieller Schaden bei einer schweren Beeinträchtigung der physischen oder psychischen Gesundheit, für den noch keine oder ungenügende Leistungen erbracht wurden.

## 05. Leistungen Dritter (Subsidiarität)

### Krankenversicherung

Bei welcher Krankenversicherung sind Sie grundversichert?

Besteht eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Falls ja, bei welcher Krankenversicherung (bitte eine Kopie der Police beilegen)

Wurden für den vorliegenden Fall bereits Leistungen der Krankenversicherung(en) bezogen?

Ja Nein

Falls ja, in welcher Höhe (bitte Belege beilegen)

Betrag in CHF



Falls nein, weshalb nicht?

Das Verfahren bei der Krankenversicherung ist noch nicht abgeschlossen.

Es wurden keine Leistungen beantragt. Weshalb nicht?

Anderes

## Andere Versicherungen

Haben Sie für den Schaden andere Versicherungsleistungen oder Leistungen erhalten?

Ja      Nein

Falls ja:

Lebensversicherung (Name, Adresse):

Invalidenversicherung IV (Versichertennummer):

Unfallversicherung UVG (Versichertennummer)

Ergänzungsleistungen

Andere (Wenn ja: Welche Versicherungsleistungen oder anderen Leistungen haben Sie erhalten?  
Inkl. Name/Adresse Versicherer, Referenznummer):

Bitte reichen Sie eine Kopie der entsprechenden Entscheide ein.



Wenn keine Leistungen bei einer der oben aufgeführten Versicherungen beantragt wurden, weshalb nicht?

Bei Bedarf Zusatzblatt verwenden.

### **Andere Leistungspflichtige**

Haben Sie den Schaden gegenüber anderen Ersatzpflichtigen geltend gemacht?

Ja          Nein

Falls ja:

Arzthaftung / allfällige Leistungen aus der Haftpflichtversicherung des Arztes/der Ärztin

Produktehaftung

Andere (z.B. Staatshaftung)

Das Verfahren bei den allfälligen Haftpflichtigen ist noch nicht abgeschlossen.



Falls nein, weshalb nicht?

Es gibt keine Anhaltspunkte für einen Haftungsprozess, und es wurden deshalb keine Leistungen beantragt.

Anderes

--

Bitte reichen Sie eine Kopie der entsprechenden Entscheide ein.

## 06. Entbindung von der Schweigepflicht

Die gesuchstellende Person

Vor-, Nachname	
Geburtsdatum	

entbindet folgende Ärztinnen oder Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtigt sie, dem EDI bezüglich des/der geltend gemachten Impfschadens/Impfschäden Bericht zu erstatten und die erforderlichen Unterlagen auszuhändigen.

Namen und Adressen der Ärztinnen und Ärzte:

Name	Adresse

Ort und Datum:

--

**Unterschrift der gesuchstellenden Person bzw. gesetzlichen Vertretung:**

---



## 07. Ermächtigung Auskünfte / Akteneinsicht

Die gesuchstellende Person

Vor-, Nachname	
Geburtsdatum	

ermächtigt die involvierten Stellen (namentlich Kranken- oder Invalidenversicherer, andere Versicherungen), dem EDI die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung im Verfahren über den/die geltend gemachten Impfschäden erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie die entsprechenden Unterlagen an das EDI herauszugeben.

Ort und Datum:

**Unterschrift der gesuchstellenden Person bzw. gesetzlichen Vertretung:**

---

## 08. Unterschrift

Die gesuchstellende Person bestätigt, ihre Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben, und nimmt zur Kenntnis, dass sie dem EDI alle zur Beurteilung des Gesuches notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung stellen muss. Kommt sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, können unter Umständen keine Leistungen erbracht werden.

Ort und Datum:

**Unterschrift der gesuchstellenden Person bzw. gesetzlichen Vertretung:**

---





## 09. Beilagen

Zusatzblatt «Ärztliche Bescheinigung Dokumentation Schaden und Impfstoff»

Kopien von folgenden Dokumenten:

- Impfausweis/Impfbestätigung
- Arztrechnungen
- Krankenversicherungsabrechnungen
- Therapierechnungen
- Belege, Rechnungen, Quittungen
- Entscheide
- Urkunde Beistandschaft

Weitere Unterlagen:

**Bitte senden Sie das Formular an folgende Postadresse:  
Eidgenössisches Departement des Inneren (EDI), Rechtsdienst, Inselgasse 1, 3003 Bern**

Stand Oktober 2018