



Gesuchsformular

Entschädigung/Genugtuung bei Schäden aus Impffolgen nach Epidemien- gesetz (EpG; SR 818.101)

Wir bitten Sie, das Formular möglichst genau und vollständig auszufüllen und die erforderlichen Be-
lege einzureichen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

1. Angaben zur geschädigten Person

Name	
Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
Beruf / Tätigkeit	

Legen Sie bitte eine Kopie Ihres Ausweises bei.

2. Vertretung in Verfahren

Werden Sie im Verfahren Entschädigung/Genugtuung bei Schäden aus Impffolgen vertreten?

Ja Nein

Falls ja, durch wen (z. B. Eltern, Beistand, Anwalt)?

--

Personalien der Person, die Sie vertritt

Name	
Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

*Bitte legen Sie eine Kopie des Ausweises der Person bei, die Sie vertritt, sowie eine Vollmacht zu-
gunsten dieser Person oder die Kopie des gesetzlichen Auftrags.*

3. Informationen über die Impfung

Name der Impfung oder des Impfstoffs (und Losnummer, falls bekannt)	
Datum der Impfung	
Ort der Impfung / Kanton	

Name und Adresse der Person oder Institution, die die Impfung verabreicht hat:	
Name:	Adresse :

Legen Sie bitte den Impfnachweis bei.

4. Informationen zu den Beschwerden

Datum des Auftretens der ersten Beschwerden nach der Impfung	
Dauer der Beschwerde	
Beschreibung der Beschwerden nach der Impfung (bei Bedarf Zusatzblatt verwenden).	
Datum der ersten medizinischen Konsultation (nach der Impfung, wegen dieser Beschwerden)	

Namen und Adressen der Ärztinnen und Ärzte bzw. medizinischen Einrichtungen, die wegen der oben beschriebenen Beschwerden konsultiert wurden:

Name der Einrichtung/-en (Spital, Klinik), Abteilung/-en und Adresse	Name der konsultierten Ärztinnen und Ärzte	Daten der Konsultationen und/oder Hospitalisierungen

Haben Sie eine Hausärztin, einen Hausarzt oder eine Kinderärztin, einen Kinderarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, geben Sie bitte den Namen und die Adresse an:	
Name	Adresse

Bitte legen Sie sämtliche ärztlichen Berichte bei, über die Sie verfügen. Sie helfen uns damit, den kausalen Zusammenhang zwischen der Impfung und Ihren gesundheitlichen Problemen zu prüfen, eine Bedingung, die zwingend erfüllt sein muss, um Anspruch auf eine Entschädigung zu haben.

5. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die unterzeichnende Person

Vorname, Name	
Geburtsdatum	

entbindet die unter Punkt 4 genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die Abteilungsleiterinnen und -leiter der konsultierten Einrichtungen von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtigt sie, das EDI bezüglich des/der geltend gemachten Impfschadens/Impfschäden zu informieren und die erforderlichen Unterlagen auszuhändigen.

Ort und Datum :

--

Unterschrift der geschädigten Person oder ihrer Vertretung (dann bitte Vollmacht beilegen, die die Ärztinnen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbindet):

6. Geltend gemachte Schäden

Auflistung der Schäden (Arztkosten, Erwerbsausfall, andere Schadenspositionen), die noch nicht von Dritten wie Krankenkassen oder anderen Versicherungen gedeckt wurden. (Für die medizinischen Kosten geben Sie bitte in der Tabelle 6.1 den Gesamtbetrag an und listen Sie die einzelnen Posten detailliert in der Tabelle 6.2 auf.)

6.1 Liste der geltend gemachten Schäden (Total pro Schadensposition) :

Bitte führen Sie jede Schadensposition einzeln auf und legen Sie Belege für jede Position bei. Bei Bedarf schlüsseln Sie bitte für jede Schadensposition die Beträge auf einem Zusatzblatt auf.

Noch nicht gedeckte Schadenspositionen	Total in CHF (pro Schadensposition)
Total nicht gedeckte medizinische Kosten (gemäß Tabelle 6.2)	
Total geltend gemachter Erwerbsausfall	

Weitere Schadensposition :	
Weitere Schadensposition:	
Weitere Schadensposition:	

Reichen Sie auch sämtliche Belege ein. Für die Position «Erwerbsausfall» legen Sie bitte Ihre Lohnabrechnungen und die Leistungsabrechnungen der allfälligen Erwerbsausfallversicherung bei.

6.2 Auflistung der ärztlich verschriebenen, aber nicht von der Grundversicherung gedeckten medizinischen Kosten.

Die gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Jahresfranchise und der obligatorische jährliche Selbstbehalt von 700 Franken gelten nicht als Schaden im Sinne des EpG. Wenn Sie also nur diese Beträge als nicht gedeckte Schäden geltend machen, werden sie nicht ersetzt.

Name und Adresse des Leistungserbringers und Art der Leistung	Datum der Leistungserbringung	Nicht erstatteter Betrag und von der Krankenversicherung angeführter Grund

Bitte legen Sie die Rechnung jedes Leistungserbringers (Ärztin, Therapeut usw.) sowie die ärztliche Verschreibung und die Krankenkassenabrechnungen bei.

7. Genugtuung (immaterieller Schaden)

Gemäss Artikel 65 EpG gibt nur eine **schwere** Beeinträchtigung der physischen oder psychischen Gesundheit Anspruch auf Genugtuung. Die Genugtuung bringt zum Ausdruck, dass die staatliche Gemeinschaft die schwierige Situation der oder des durch eine Impfung Geschädigten anerkennt. Ihr Ziel ist es, das körperliche oder seelische Leid zu lindern, das durch den Impfschaden verursacht wurde. Sie wird nur bei schweren Beeinträchtigungen, wie irreversiblen oder sehr lang andauernden Beeinträchtigungen, oder unter besonderen Umständen, wie langen und komplizierten Heilungsprozessen und/oder starkem Leiden, gewährt.

Bei der Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigung werden insbesondere die folgenden Faktoren berücksichtigt: Reversibilität der Beeinträchtigung, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Dauer des Spitalaufenthalts, Art der medizinischen Behandlung (Operationen usw.), Grad der Invalidität, erhebliche Veränderungen des Berufs- oder Privatlebens. Die maximale Genugtuung, die nach dem Gesetz gewährt werden kann, beträgt 70 000 Franken, was einer schwersten bleibenden Beeinträchtigung gleichkommt (vgl. Bandbreiten für die Festlegung der Genugtuung bei Impfschäden auf der Internetseite über die Entschädigung bei Impfschäden).

Beschreibung des immateriellen Schadens:

8. Leistungen Dritter (Subsidiarität)

Finanzielle Leistungen werden nur erbracht, wenn der Schaden nicht durch Dritte (z. B. Versicherungen) gedeckt ist bzw. wenn die Deckung durch Dritte ungenügend ist. Ist zum Zeitpunkt der Einreichung dieses Gesuchs ein Leistungsanspruch bei Dritten hängig, kann das Entschädigungsverfahren ausgesetzt werden, bis der Entscheid der Dritten vorliegt.

8.1 Leistungen der Krankenversicherung

Bei welcher Krankenversicherung sind Sie grundversichert?

Bitte eine Kopie der Police beilegen.

Haben Sie eine oder mehrere Zusatzversicherungen abgeschlossen? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung?

8.2 Leistungen anderer Versicherungen oder Dritter

Haben Sie Leistungen für Impfschäden bei anderen Versicherungen oder Dritten geltend gemacht?

- Ja Nein

Wenn ja, bei welchen anderen Versicherungen oder Dritten?

- Invalidenversicherung IV (*Kopie des Antrags beilegen*)
- Erwerbsausfallversicherung: Bitte geben Sie die Namen der Versicherungsgesellschaft und des Arbeitgebers an:

- Andere Versicherungen: Bitte geben Sie den Namen der Versicherungsgesellschaft an (*Kopie des Antrags beilegen*)

- Andere Leistungspflichtige (Ärztin/Arzt, Impfstoffhersteller usw.): Bitte geben Sie den Namen des/der Leistungspflichtigen an (*Kopie des Antrags beilegen*)

Haben Sie Leistungen für Impfschäden von anderen Versicherungen oder Dritten erhalten?

- Ja Nein

Wenn ja :

- Invalidenversicherung IV
- Erwerbsausfallversicherung
- Andere Versicherungen: Bitte geben Sie den Namen der Versicherungsgesellschaft an

- Andere Leistungspflichtige (Ärztin/Arzt, Impfstoffhersteller usw.)

Bitte legen Sie alle relevanten Dokumente bei, namentlich Abrechnungen und Entscheide.

9. Ermächtigung Auskünfte / Akteneinsicht

Die unterzeichnende Person

Vorname, Name	
Geburtsdatum	

ermächtigt die involvierten Stellen, namentlich Swissmedic (für das Pharmakovigilanz-Dokumentation), die Kranken-, Unfall- und andere Versicherungen, dem EDI die für die Abklärung des Anspruchs auf Entschädigung/Genugtuung im Verfahren über den/die geltend gemachten Impfschäden erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie die entsprechenden Unterlagen an das EDI herauszugeben.

Ort, Datum und Unterschrift der geschädigten Person bzw. ihrer Vertretung (*dann bitte Vollmacht beilegen*):

10. Unterschrift

Die **geschädigte 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, Datum und Unterschrift der geschädigten Person bzw. ihrer Vertretung (*dann bitte Vollmacht beilegen*):

11. Beilagen

Bitte legen Sie dem Gesuch sämtliche unter den Punkten 1 bis 10 aufgeführten Belege bei. Im Einzelnen sind das:

- Kopie eines Ausweises (Punkt 1)
- Vollmacht oder Kopie des gesetzlichen Auftrags (Vormundschaft, Beistandschaft usw.) und Ausweis der Vertretung (Punkt 2)
- Impfausweis oder Impfnachweis (Punkt 3)
- Ärztliche Berichte (Punkt 4)

- Belege für nicht gedeckte, unter Punkt 6.1 aufgeführte Schäden (z. B. Lohnabrechnungen, Leistungsabrechnungen der Erwerbsausfallversicherung usw.)

- Belege für nicht gedeckte, unter Punkt 6.2 aufgeführte medizinische Kosten: ärztliche Verordnungen, Rechnungen von Leistungserbringern, Krankenversicherungsabrechnungen

- Kopien von Krankenkassenversicherungspolicen für Grund- und Zusatzversicherungen (Punkt 8.1)

- Kopien relevanter Dokumente, insbesondere Abrechnungen oder Entscheide anderer Versicherungen oder anderer Leistungspflichtiger (Punkt. 8.2)

- Weitere Unterlagen : _____

Bitte senden Sie das Formular datiert und unterschrieben mit sämtlichen Beilagen an diese Adresse:

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Generalsekretariat, Inselgasse 1, 3003 Bern