

ANTRAG gemäß Gesetz 210 / 92 WEGEN DAUERHAFTER BEEINTRÄCHTIGUNGEN ALS FOLGE VON IMPFUNGEN, TRANSFUSIONEN ODER VERABREICHUNG VON BLUTPRODUKTEN

Im Sinne und aufgrund der Vorgaben des Gesetzes vom 25. Februar 1992 Nr. 210 in geltender Fassung

BEANTRAGT

Der/die Unterfertigte (Nachname) (Vorname)
geb. in Prov., am |___|___|___|,
wohnhaft in Prov. PLZ
Straße Nr.
Steuernr. |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

Telefon Mobil E-Mail/PEC

als

☐ **direkt betroffene Person**

☐ **Ausübende/r der elterlichen Verantwortung oder Vormund/Sachwalter/in von (Rechtsakt der Ernennung beilegen) ¹**

(Nachname) (Vorname)
geb. in Prov., am |___|___|___|,
wohnhaft in Prov. PLZ
Straße Nr.
Steuernr. |.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|.....|

als Angehöriger der folgenden Kategorie von Begünstigten den Erhalt der Entschädigung laut Artikel 1 des vorgenannten Gesetzes:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ Person, die aufgrund von gesetzlichen Vorgaben oder Verordnungen der Gesundheitsbehörde eine Pflichtimpfung erhalten hat.☐ Person, die Impfungen erhalten hat, auch wenn sie nicht verpflichtend, aber für ihre Arbeit oder im Auftrag ihres Amtes erforderlich waren oder um in einen ausländischen Staat zu reisen.☐ Person, die einer Risikogruppe angehört, in einer Gesundheitseinrichtung arbeitet und sich Impfungen unterzogen hat, auch wenn sie nicht verpflichtend waren.☐ nicht geimpfte Person, die durch den Kontakt mit einer geimpften Person dauerhafte Beeinträchtigungen der psychischen und körperlichen Unversehrtheit erlitten hat.☐ Person, die während der Geltungsdauer des Gesetzes Nr. 695/59 eine nicht obligatorische Schutzimpfung gegen Poliomyelitis erhalten hat. |
| <ul style="list-style-type: none">☐ Person, die sich durch die Verabreichung von Blutprodukten mit HIV infiziert hat.☐ Person mit dauerhaften Beeinträchtigungen durch Posttransfusionshepatitis.☐ Gesundheitspersonal, das sich während der Dienstzeit infolge des Kontakts mit Blut und Blutprodukten von HIV-infizierten Personen mit HIV infiziert hat. |

¹ auch die Kopie des Erkennungsdokuments des/der Minderjährigen oder der Person für die gehandelt wird

☐ Gesundheitspersonal, das während der Dienstzeit durch die Infektion infolge des Kontakts mit Blut und Blutprodukten von Hepatitis Erkrankten dauerhafte Beeinträchtigungen der psychischen und körperlichen Unversehrtheit erlitten hat.
☐ Ehepartner/in, der/die sich bei einer der oben genannten Personen angesteckt hat.
☐ Kind, das während der Schwangerschaft angesteckt wurde.
☐ Person, deren Krankheiten sich verschlimmert haben.
☐ Person mit mehrfachen Erkrankungen.
Angaben betreffend eines bereits eingereichten Antrags um Entschädigung, Akt. Nr. vom ___ ___ ___ , mit welchem der betroffenen Person/der vertretenen Person eine dauerhafte psychische und/oder körperliche Beeinträchtigung zugesprochen wurde, die auf die Kategorie (1-8) der Tabelle A (Anlage des DPR Nr. 834 vom 30/12/81) zurückzuführen ist.

☐ Zusätzlich wird gemäß Gesetz Nr. 210/92, Artikel 2, Absatz 2, der einmalige Betrag („una tantum“) aufgrund einer durch Pflichtimpfungen verursachten dauerhaften Beeinträchtigung beantragt. (nur anzukreuzen, wenn die Person durch eine Impfung geschädigt worden ist)

Dem Antrag sind folgende Dokumente beizulegen:

1. Kopie eines gültigen Erkennungsdokuments (Vor- und Rückseite), siehe Fußnote ¹
2. Impfzeugnis oder Zertifikat der durchgeführten Impfung/Dokumentation betreffend die Transfusion oder Verabreichung von Blutprodukten
3. Klinische Dokumentation zur angegebenen psychisch-körperlichen Beeinträchtigung

Sonstiges:

Der/die Unterfertigte ersucht alle Mitteilungen an die unten angegebene Adresse zu senden und wird jede Änderung derselben umgehend mitteilen:

Straße Nr.

PLZ Ort Prov.

Telefon Mobil E-Mail/PEC

Der/die Unterfertigte erklärt außerdem Einsicht in das entsprechende Informationsschreiben über die Einreichung des „Antrags wegen dauerhaften Beeinträchtigungen als Folge von Impfungen, Transfusionen oder Verabreichung von Blutprodukten gemäß Gesetz 210/1992 i.g.F.“ genommen zu haben.

....., am |___|___|___|
(Ort) (Datum) (ausgeschriebene leserliche Unterschrift)