

Eingangsstempel

Landschaftsverband Rheinland  
LVR-Fachbereich 54 - Soziale Entschädigung  
50663 Köln

### Antrag auf Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe

<b>Traumaambulanz</b>	
Beginn der Behandlung	Ansprechpartner*in
<b>Angaben Antragsteller*in</b>	
Name	Geburtsdatum
Anschrift	
Telefon	Erreichbarkeit (Tag, Uhrzeit)
E-Mail	
Gesetzliche / rechtliche Vertreter*innen ( <i>Kontaktdaten im nächsten Feld</i> )	
<input type="checkbox"/> <b>Bitte führen Sie den Schriftverkehr über die Traumaambulanz.</b>	
<input type="checkbox"/> Bitte führen Sie den Schriftverkehr über folgende Stelle: ( <i>Ansprechpartner*in, Organisation, Anschrift</i> )	
Telefon	Erreichbarkeit (Tag, Uhrzeit)
E-Mail	

**Angaben zur Aufklärung des Sachverhalts**

Welche Gewalttat (vorsätzlicher, rechtswidriger tätlicher Angriff) wurde Ihnen oder einer anderen Person gegenüber verübt? Bitte schildern Sie, was geschehen ist.

*Wenn die Gewalttat gegenüber jemand anderem verübt wurde:*

In welcher Beziehung stehen Sie zum Gewaltopfer?

*Ehepartner\*in - Elternteil - Kind - Geschwister - eheähnliche Gemeinschaft*

*Betreuungsunterhaltsberechtigter - andere:*

Tatzeit (Datum, Uhrzeit)

Tatort

Welche Gesundheitsstörungen wurden durch die Gewalttat verursacht?

**Erklärungen**

Ich beantrage ausschließlich Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe nach §§ 2, 31 - 37, 115, 116 SGB XIV in Verbindung mit dem Opferentschädigungsgesetz (OEG).

Die behandelnden Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen entbinde ich von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten einschließlich von Berichten über die Behandlung durch die oben genannte Traumaambulanz bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller\*in / Vertreter\*in

*Der Antrag kann neben dem Postweg auch auf folgende Wege übermittelt werden:*

*Fax: 0221 / 809 - 5890*

*E-Mail: huk@lvr.de*

*Weitere Informationen erhalten Sie über unsere Internetseite: ser.lvr.de.*