



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: service@aev-thueringen.de

Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

Name:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Versorgungs-Nr.:

Gemäß § 14 Abs. 1 der Satzung der Ärzteversorgung Thüringen beantrage ich Berufsunfähigkeitsrente und mache dazu folgende Angaben:

Allgemeine Personalien:

Familienstand: _____ Anzahl d. Kinder: _____

Telefon-Nr. _____

Art der zuletzt ausgeübten ärztlichen Tätigkeit:

1. An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

Art der Krankheit: von _____ bis _____ Name und Anschrift des
behandelnden Arztes
bzw. des Krankenhauses

2. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie z. Zt.?

Art der Krankheit: seit _____ Name und Anschrift des
behandelnden Arztes
bzw. des Krankenhauses

3. Seit wann sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr ärztlich tätig?

4. Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle eine Rente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (Angestelltenversicherung, Knappschaftsversicherung, Berufsgenossenschaft etc.)? Zutreffendenfalls bitte nähere Angaben

5. Dem Antrag sind beizufügen:

- Ausführliche ärztliche Bescheinigungen über die Krankheiten, die die Berufsunfähigkeit bedingen. Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, **die lediglich die Diagnose und die Feststellung der Berufsfähigkeit enthält, genügt grundsätzlich nicht.** Für die Beschlussfassung durch den Verwaltungsausschuss ist unbedingt **die Angabe von Befunden** erforderlich. Ohne die Vorlage ist eine Bearbeitung nicht möglich!
- Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (gemäß bei liegendem Vordruck).

Ort, Datum

Unterschrift

6. Nach Genehmigung des Antrages auf Berufsunfähigkeitsrente sind einzureichen:

vom niedergelassenen Arzt:

- Bescheinigung des Gesundheitsamtes über die Abmeldung der Niederlassung, sofern zu den Kassen zugelassen bzw. am Ersatzkassenvertrag beteiligt.
- Bescheinigung des Zulassungsausschusses, dass Antrag auf Ruhen bzw. Ende der Kassenzulassung bzw. dass Antrag auf Widerruf der Ersatzkassenbeteiligung gestellt ist oder dem Antrag stattgegeben wurde.

vom angestellten Arzt:

- Bescheinigung des letzten Arbeitgebers, wann das Arbeitsverhältnis endet und wie lange Gehalt gezahlt wird.



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: service@aev-thueringen.de

Aufstellung zum beruflichen Werdegang

Name:

Geb.-Datum:

Versorgungs-Nr.:

Zeitraum

Art der Tätigkeit / Arbeitsstätte

Ort, Datum

Unterschrift



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: service@aev-thueringen.de

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name:

Geb.-Datum:

Versorgungs-Nr.:

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, der Ärzteversorgung Thüringen gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

Gemäß § 14 Abs. 1 der Satzung der Ärzteversorgung Thüringen sind die Mitglieder verpflichtet, sich nach Weisung des Verwaltungsausschusses einer ärztlichen Begutachtung zu unterziehen. Ich erlaube daher der Ärzteversorgung Thüringen ausdrücklich, den im Auftrag der Ärzteversorgung Thüringen für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. von Rehabilitationsmaßnahmen tätig werdenden Gutachtern alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Folgende Ärzte haben mich in den letzten Jahren behandelt bzw. begutachtet:

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis:

Eine Bearbeitung Ihres Antrages kann ohne eine ausgefüllte und unterschriebene Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht nicht erfolgen!