



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 Zahlung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme

Gemäß § 16 Abs. 1 der Satzung der Ärzteversorgung Thüringen bitte ich, zur - Erhaltung -
Wiederherstellung - meiner Berufsfähigkeit entsprechende Maßnahmen durchzuführen:

Ich mache hierzu folgende Angaben:

Allgemeine Personalien:

Name:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Versorgungs-Nr.:

Art der ärztlichen Tätigkeit bzw. 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. Haben Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung Ihre ärztliche Tätigkeit eingestellt?

Wenn ja, seit wann?

4. In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit zur Zeit gemindert?

5. Welche Maßnahmen (stationäre / ambulante Behandlung, Kuraufenthalt etc.) sind bisher zur Besserung Ihres derzeitigen Zustandes durchgeführt worden?

(Bitte genaue Angaben über die durchgeführten Maßnahmen (Krankenhaus, behandelnder Arzt, Sanatorium, Zeitraum etc.)

6. Welche Maßnahmen werden von dem behandelnden Arzt zur Wiederherstellung / Erhaltung der Berufsfähigkeit vorgeschlagen?

Ich versichere, dass keine anderen Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Angestelltenversicherung etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen in Frage kommen.

Ich versichere weiter, dass ich einer Krankenversicherung - nicht - angehöre, bzw. dass sich meine Krankenversicherung - nicht - mit € an den Kosten der Maßnahme beteiligt.

(Nichtzutreffendes bitte streichen.)

Bezeichnung der Krankenkasse, Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Dem Antrag sind beizufügen:

- a) Befunde der behandelnden Ärzte. Ausführliche ärztliche Unterlagen mit prognostischer Stellungnahme, aus dem die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der beantragten Maßnahme hervorgeht.
- b) Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (gemäß beiliegendem Vordruck).
- c) Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. der Berufsgenossenschaft, dass keine Berufserkrankung vorliegt bzw. anerkannt werden kann.
- d) Schriftliche Bestätigung, dass die Krankenkasse die Kosten der beantragten Maßnahme nicht übernimmt.



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!



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