



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: _____

Versorgungsnummer: _____

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

Einwilligung zur Einholung und Weitergabe von personenbezogenen Daten bei anderen Rententrägern und Versorgungseinrichtungen, Entbindung von der ärztlichen und psychologischen Schweigepflicht

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Versorgungsnummer: _____

Nach § 3 Abs. 2 der Satzung der Ärzteversorgung Thüringen bin ich verpflichtet, der Ärzteversorgung Thüringen alle für die Bearbeitung meines Rentenanspruches notwendigen Angaben zu machen und die angeforderten Nachweise einzureichen. Mir ist bekannt, dass die Ärzteversorgung berechtigt ist, meine Angaben und Nachweise zu überprüfen, weitere Unterlagen anzufordern oder eigene Erhebungen anzustellen, soweit dies in meiner Rentensache erforderlich erscheint.

Sofern ich Versicherungs- und Wohnzeiten in anderen Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und/oder bei anderen inländischen Rententrägern und Versorgungseinrichtungen zurückgelegt habe, erkläre ich meine Einwilligung, dass die Ärzteversorgung zur Bearbeitung meiner Rentensache

- personenbezogene Daten bei meinen anderen Rententrägern oder Versorgungseinrichtungen einholen darf sowie
- personenbezogene Daten an meine anderen Rententräger oder Versorgungseinrichtungen weitergeben darf.

Sofern ich einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente oder einen Zuschuss zu einer Rehabilitationsmaßnahme gestellt habe, erkläre ich meine Einwilligung sowie die Entbindung von der ärztlichen/psychologischen Schweigepflicht, damit die Ärzteversorgung

- ärztliche und psychologische Unterlagen, Gutachten und Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand einholen darf sowie
- ärztliche und psychologische Unterlagen, Gutachten und Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand an meine anderen Rententräger oder Versorgungseinrichtungen weitergeben darf.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen und die Entbindung von der ärztlichen/psychologischen Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Ärzteversorgung Thüringen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

für Rentenbeitragszahlungen

IBAN: DE39 3006 0601 0043 2940 48

BIC: DAAEDED

für sonstige Zahlungen

IBAN: DE02 3006 0601 0003 2940 48

BIC: DAAEDED

Kontakt

Postfach 100619 | 07706 Jena

Im Semmicht 33 | 07751 Jena

Tel.: 03641 614 - 0

Web: www.laek-thueringen.de

Datenschutz

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Datenschutzhinweise nach Artikel 13, 21 der Datenschutz-Grundverordnung) finden Sie auf unserer Homepage

www.laek-thueringen.de/datenschutz.

Ist es Ihnen nicht möglich, unsere Datenschutzhinweise dort einzusehen, senden wir Ihnen diese auf Anforderung gerne zu.



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