Formular zurücksetzen | Formular drucken

Versorgungswerk
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 14 – 16
23795 Bad Segeberg

Mitglieds-Nr.:

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation

► **Ich beantrage einen Zuschuss zu den Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 28 der Satzung und mache hierzu folgende Angaben:**

► Personalien des Antragstellers:

Name: Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum: Geburtsort:

Familienstand: Bitte auswählen Kinder: Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

Telefon-Nr. für Rückfragen:

Art der zuletzt ausgeübten ärztlichen Tätigkeit:

► Art und Umfang der gesundheitlichen Beeinträchtigungen:

1. An welchen Krankheiten, Beschwerden, Gebrechen leiden Sie zurzeit?
   (ggf. Schilderung auf gesondertem Blatt)

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

TVE01359

2. Gab es in diesem Zusammenhang Vorerkrankungen?

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

3. Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr ärztlich tätig; wenn ja, seit wann; wenn nein, in welchem Umfang sind Sie noch tätig als Arzt?

4. In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit zurzeit gemindert?

5. Welche Maßnahmen (stationäre / ambulante Behandlung, Kuraufenthalt etc.) sind bisher zur Besserung Ihres Gesundheitszustandes durchgeführt worden? Bitte genaue Angaben über die durchgeführten Maßnahmen (Krankenhaus, behandelnder Arzt, Sanatorium, Zeitraum, Anschriften).

6. Welche Maßnahmen werden von dem behandelnden Arzt zur Wiederherstellung / Erhaltung der Berufsfähigkeit vorgeschlagen?
(ärztliche Bescheinigung und gegebenenfalls Kostenvoranschlag beifügen)?

7. Sofern berufsfördernde Maßnahmen erforderlich sind: Welche werden vorgeschlagen?

► Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung:

Zur Überprüfung der Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschusses zu Rehabilitationsmaßnahme ist es erforderlich, dass wir Informationen über Ihren Gesundheitszustand bei Ihnen oder auch Dritten erfragen und zu Zwecken der Leistungsprüfung verwenden. Dazu benötigen wir Ihre Einwilligung:

Ich willige ein, dass das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen die von mir bei der Antragsstellung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten speichert und nutzt.

Ich willige ferner ein, dass das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein Informationen über meine gesundheitliche Situation bei anderen Stellen – insbesondere behandelnden Ärzten, medizinischen Gutachtern, anderen berufsständischen Versorgungswerken, Sozialversicherungsträgern, Personenversicherern – erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich ist.

Zu den vorgenannten Zwecken entbinde ich alle genannten Personen und Stellen sowie die für das Versorgungswerk tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Gewährung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nicht möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in

Ich versichere, dass keine anderen Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Rentenversicherung, Beihilfe des Arbeitgebers, etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommen.

Ich versichere weiter, dass ich

☐ **nicht**

☐ **Mitglied einer Krankenversicherung bin bzw.,**

dass sich meine Krankenversicherung

☐ **nicht**

☐ **an den Kosten der Heilbehandlung beteiligt**

(zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen).

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller/in

► Beizufügende Unterlagen:

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag aktuelle medizinische Behandlungsberichte sowie ein ausführliches ärztliches Attest, aus dem sich alle relevanten Befunde, die daraus folgende Beeinträchtigung bzw. der Gefährdung der Berufsfähigkeit sowie Art und Umfang der angestrebten Rehabilitationsmaßnahme ergeben. Ferner muss sich aus dem Attest ergeben, ob und weshalb durch die angestrebte Maßnahme die Berufsfähigkeit voraussichtlich erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann.