

Bitte zurück an die

Apothekerversorgung Berlin
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

Antrag auf Beteiligung an den Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme
(§ 18 der Satzung über die Apothekerversorgung Berlin)

I. Personalien	Mitgl.-Nr.:
Titel _____	Geburtsname _____
Name _____	Vorname _____
Geburtsort _____	Geburtsdatum _____
Privatanschrift _____	
Telefon _____	Telefax _____
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> oder: _____	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eLP * <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Name und Geburtsdatum des Ehepartners, _____	
ggf. Beruf des Ehepartners _____	

Unterhaltspflicht besteht für folgende Personen:

(z. B. Ehegatte, geschiedener Ehegatte, Kinder in Schul- oder Berufsausbildung - bitte Namen, Geburtsdatum und Verwandtschaftsverhältnis angeben -)

1. _____
2. _____
3. _____

* eingetragene (gleichgeschlechtliche) Lebenspartnerschaft

Mitgliedsnummer: _____

II. Vorgesehene medizinische Rehabilitationsmaßnahme

1. a) Art:

Art der Durchführung:

vollstationär

teilstationär/ambulant

1a1) Anschlussheilbehandlung (AHB)

1a2) Nachsorge-Heilverfahren

1a3) Entwöhnungsbehandlung

1a4) Rehabilitation

1a5) Sonstiges _____

b) Beginn der Maßnahme: am ..

Dauer: 3 Wochen

___ Wochen

c) gewünschte Einrichtung: (soweit nicht aus dem Kostenvoranschlag ersichtlich)

Name, Anschrift, Telefon

Frage 2 bitte nur im Fall von 1a4 und 5 ausfüllen

2. Angabe, warum gerade die beabsichtigte Maßnahme notwendig und aussichtsreich ist im Vergleich zu anderen möglichen (ambulanten) Maßnahmen:

3. Bitte beifügen:

a) Ärztliche Bescheinigung über die Art der Erkrankung sowie die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick auf die Ausübung oder Wiederaufnahme der pharmazeutischen Tätigkeit.

(Vordruck/Befundbericht, wahlweise auch in freier Form möglich)

Befundbericht/Attest liegt bei wird nachgereicht

b) Nachweise oder Kostenvoranschläge (Kostenschätzung ist unbedingt erforderlich!!!)

- Unterbringungs- und Verpflegungskosten

Pauschal-Tagespflegesatz: € _____

oder: _____

- ärztliche Kosten der Rehabilitationsmaßnahme und physikalische Anwendungen etc.

die ärztlichen Kosten trägt meine private/gesetzliche Krankenversicherung, Kopie der Bewilligung liegt bei

- Fahrtkosten Deutsche Bahn 2. Klasse oder: _____

- sonstige Kosten (Art und Höhe bitte ggf. unter X erläutern)

entfällt bei 1a1, 1a2, 1a3

Mitgliedsnummer: _____

III. Beteiligung Dritter an den Kosten der geplanten Rehabilitationsmaßnahme

Für alle Fragen der Ziffer III: Im zutreffenden Falle Angabe des Kostenträgers mit Anschrift und Aktenzeichen sowie Höhe und Art der Beteiligung; ggf. bitte auf gesondertem Blatt erläutern.

		Mitgliedschaft	Beteiligung
bitte immer ausfüllen	1. gesetzliche Krankenversicherung, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	2. private Krankenversicherung, welche: (z. B. Krankheitskosten-, Krankenhauskosten-, Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Krankenvollversicherung) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Versicherungsart: _____	(bitte schriftliche Ablehnung der Kostenübernahme beifügen bzw. nachreichen)	
	3. gesetzliche Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	4. gesetzliche Rentenversicherung, soweit dort (Vor-) Beiträge gezahlt worden sind bzw. die Wartezeit erfüllt ist		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	5. Beihilfe des Arbeitgebers (z. B. öffentl. Dienst)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	6. Schadenersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Haftpflicht bei Verkehrsunfall)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Sonstiges (z. B. private Unfallversicherung, Kriegsopferver- sorgung, Sozialamt, usw.)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

IV. Einkommensverhältnisse

entfällt bei 1a1	1. Einkommen	
	<input type="checkbox"/> a) selbstständige/r Apotheker/in (Einkommen vor Steuern aus pharmazeutischer Tätigkeit) im Jahr <u>vor</u> der Antragstellung	€ _____
	<input type="checkbox"/> b) Honorarkräfte (durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen) im Jahr <u>vor</u> Antragstellung	€ _____
	<input type="checkbox"/> c) angestellte/r Apotheker/in (mtl. Bruttogehalt) im Jahr vor Antragstellung	
	<input type="checkbox"/> bei Vollschicht-Tätigkeit	€ _____
	<input type="checkbox"/> bei Teilzeit-Tätigkeit (___Stunden)	€ _____

Mitgliedsnummer: _____

bitte immer ausfüllen

2. Während der Rehabilitationsmaßnahme

zu a) Fortführung der Apotheke durch Vertreter ja nein
Zu c) Fortzahlung der Bezüge durch den Arbeitgeber ja nein

Gehaltsfortzahlungsende am . .

Beginn der Kranken(tage)geldzahlung am . .

V. Auf welches Konto sollen die Zahlungen erfolgen

IBAN: D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC: | | | | | | | | | | | | | |

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: selbst _____

Bei Zahlungen auf ein Konto im Ausland geben Sie uns die Bankverbindung bitte separat bekannt!

VI. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-ID: | | | | | | | | | | | | | |

Info: Der Gesetzgeber hat u. a. die Versorgungswerke verpflichtet, den Leistungsbezug nach §22a EstG an die zentrale Stelle zu melden.

Mitgliedsnummer: _____

VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige die APOTHEKERVERSORGUNG BERLIN zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, alle Ärzte über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Versorgungseinrichtungen. Die Ermächtigung zur Nachprüfung und Befragung gilt auch hinsichtlich meiner Vermögens- und Einkommensverhältnisse gegenüber dem Arbeitgeber, Behörden und ä., soweit erforderlich.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von der APOTHEKERVERSORGUNG BERLIN befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Einhaltung der Verschwiegenheit (z. B. Datenschutz) auch über meinen Tod hinaus.

Ich bin damit einverstanden, dass die Reha-Klinik eine Kopie des Bewilligungsbescheides sowie der medizinischen Unterlagen erhält und der APOTHEKERVERSORGUNG BERLIN den ärztlichen Abschlussbericht übersendet.

VIII.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

IX. Bescheiderteilung

Die Bescheiderteilung soll erfolgen

an meine Privatanschrift (lt. Seite 1)

an _____

X. Erläuterungen

Erläuterungen sowie zusätzliche Bemerkungen / Hinweise:

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel