

**Antrag auf Beteiligung an den Kosten einer
medizinischen Rehabilitationsmaßnahme**
(§ 20 der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung)



I. Personalien **Mitgl.-Nr.:** _____

Titel _____ Geburtsname _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Privatanschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

angestellt niedergelassen verbeamtet oder: _____

Familienstand ledig verheiratet eLP * verwitwet geschieden

Name und Geburtsdatum des Ehepartners, _____

ggf. Beruf des Ehepartners _____

Unterhaltungspflicht 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

Mitgl.-Nr.:

II. Vorgesehene medizinische Rehabilitationsmaßnahme

1) a) Art:

Art der Durchführung:

vollstationär

teilstationär/ambulant

1a1) Anschlussheilbehandlung (AHB/AGM)

1a2) Nachsorge-Heilverfahren

1a3) Entwöhnungsbehandlung

1a4) Rehabilitation

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 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 ärztlichen 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

Mitgl.-Nr.:

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"/> niedergelassene Ärzte/Ärztinnen (Einkommen vor Steuern aus ärztlicher Tätigkeit) im Jahr <u>vor</u> der _____	€ _____
	<input type="checkbox"/> Honorarkräfte (durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen) im Jahr <u>vor</u> Antragstellung	€ _____
	<input type="checkbox"/> angestellte Ärzte/Ärztinnen (mtl. Bruttogehalt) im Jahr vor Antragstellung	
	<input type="checkbox"/> bei Vollschicht-Tätigkeit	€ _____
<input type="checkbox"/> bei Teilzeit-Tätigkeit (___ Stunden)	€ _____	

Mitgl.-Nr.:

VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige die BERLINER ÄRZTEVERSORGUNG 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 BERLINER ÄRZTEVERSORGUNG 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 BERLINER ÄRZTEVERSORGUNG 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