



Bitte zurück an die

Berliner Ärzteversorgung
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

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 _____				
<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> niedergelassen	<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

II. Vorgesehene medizinische Rehabilitationsmaßnahme

1. a) Art:

Art der Durchführung:

	vollstationär	teilstationär/ambulant
<input type="checkbox"/> 1a1) Anschlussheilbehandlung (AHB/AGM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1a2) Nachsorge-Heilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1a3) Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1a4) Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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.

bitte immer ausfüllen

	Mitgliedschaft	Beteiligung
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

niedergelassene Ärzte/Ärztinnen (Einkommen vor Steuern aus ärztlicher Tätigkeit)
im Jahr vor der Antragstellung € _____

Honorarkräfte (durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen)
im Jahr vor Antragstellung € _____

angestellte Ärzte/Ärztinnen (mtl. Bruttogehalt) im Jahr vor Antragstellung

bei Vollschicht-Tätigkeit € _____

bei Teilzeit-Tätigkeit (___ Stunden) € _____

bitte immer ausfüllen

2. Während der Rehabilitationsmaßnahme

bei Niedergelassenen: Fortführung der Praxis durch Vertreter ja nein
bei Angestellten: 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.

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