Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Thüringen

Antrag auf einen Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen

Um einen Antrag bearbeiten zu können, benötigen wir die folgenden Unterlagen:

- ☐ vollständig ausgefülltes Formular "Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation"
- ☐ Aussagekräftiges ärztliches Gutachten mit prognostischer Stellungnahme, Angaben zur Dauer der notwendigen Maßnahme und einer geeigneten Klinik/Behandlungsrichtung (nicht ausreichend ist eine ärztliche Bescheinigung, die lediglich Diagnose und die Feststellung der Notwendigkeit einer Kur/Maßnahme enthält)
- ☐ Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. der Berufsgenossenschaft, dass keine Berufserkrankung vorliegt bzw. anerkannt werden kann
- ☐ Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (siehe Vordruck)
- ☐ jeweils eine Kopie der Ablehnungsschreiben der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Ihrer Krankenkasse über Ihren dortigen Antrag auf Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme
- ☐ Nachweise über die voraussichtlichen Kosten der notwendigen Maßnahme sind nach Grund und Höhe unter Beifügung von Belegen von Ihnen einzureichen
- ☐ Darlegung Ihrer Einkommens- und Familienverhältnisse, damit diese bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen bei einer Entscheidung des Vorstandes über die Gewährung des Zuschusses berücksichtigt werden können

Sollten Sie weitere Fragen zur Zuschussgewährung haben oder Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Ihr Versorgungswerk

Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Thüringen

An das

Versorgungswerk
der Landeszahnärztekammer Thüringen
Barbarossahof 16
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.: _____

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINES ZUSCHUSSES AUF REHABILITATION

Gemäß § 31 der Satzung des Versorgungswerkes der Landeszahnärztekammer Thüringen in der Fassung vom 01.01.2024 beantrage ich Gewährung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme und mach hierzu folgende Angaben:

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Steuerliche Identifikationsnummer (11-stellig)**:** _____

SV-Nummer:
(siehe Rentenbescheid, Lohnabrechnung oder Sozialversicherungsausweis) _____

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf:

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

(Die Angaben können in der Regel der Rückseite Ihrer EC-Karte oder auch en Kontoauszügen Ihrer Bank entnommen werden. Ansonsten erfragen Sie die Daten bei Ihrem kontoführenden Kreditinstitut.)

Gesundheitszustand

1. An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

	Art der Erkrankung	Zeitraum der Beeinträchtigung	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

2. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie zur Zeit?

	Art der Erkrankung	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

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

_____

_____

_____

_____

4. In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit 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, Anschriften)

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

_____ _____

(Ort, Datum) (Unterschrift des Antragstellers)

Hinweis zur persönlichen Identifikationsnummer

Ihre steuerliche Identifikationsnummer (11-stellig) wurde Ihnen vom Bundesamt für Finanzen zugeteilt und ersetzt die bisherige Steuernummer.

Die Identifikationsnummer benötigen wir für die Meldung Ihrer Versorgungsbezüge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) im Rahmen des Alterseinkünftegesetzes als Zahlstelle von Versorgungsleistungen.

Für die Auszahlung der Versorgungsbezüge ist die Identifikationsnummer zwingend erforderlich.

Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Thüringen

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Name, Vorname des Mitglieds _____ Geboren am: _____

Ich bin bei folgenden Ärzten in Behandlung und entbinde diese von der ärztlichen Schweigepflicht:

Name:	
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefon:	

Name:	
Fachrichtung:	
Anschrift:	
Telefon:	

Name:	
Anschrift:	
Fachrichtung:	
Telefon:	

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.

_____ _____

Ort / Datum (Unterschrift des Antragstellers)