

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

An das

Versorgungswerk
der Landes-zahnärztekammer Thüringen
Barbarosshof 16
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.: _____

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINES ZUSCHUSSES AUF REHABILITATION

Gemäß § 31 der Satzung des Versorgungswerkes der Landes-zahnärztekammer Thüringen in der Fassung vom 01.01.2017 beantrage ich Gewährung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme und mach hierzu folgende Angaben:

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Persönliche Identifikationsnummer:

SV-Nummer:

(siehe Rentenbescheid, Lohnabrechnung oder Sozialversicherungsausweis)

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf:

Bankverbindung: _____

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

IBAN: _____ BIC: _____

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 Be- einträchtigung	Name und Anschrift des behan- delnden Arztes bzw. des Kran- kenhauses
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

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

	Art der Erkrankung	seit	Name und Anschrift des behan- delnden Arztes bzw. des Kran- kenhauses
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 persönliche 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.

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 dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.

Ort / Datum

(Unterschrift des Antragstellers)