



Antrag auf Gewährung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen

<p>Mitglieds-/Renten-Nr.: _____</p> <p>1. Antragsteller Vorname, Name _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefon, E-Mail _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. Art und Form der Berufstätigkeit bzw. der zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit</p> <p>Letztes Einkommen</p>	<p><input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> beamtet^{*)}</p> <p>als: _____</p> <p>_____ EUR (Jahr bzw. Monat _____)</p>
<p>3. Einstellung der Berufstätigkeit</p>	<p><input type="checkbox"/>^{*)} nein</p> <p><input type="checkbox"/>^{*)} ja, und zwar ab ____ /von ____ bis ____</p>
<p>4. Angaben zur Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme</p>	<p>siehe beiliegendes Merkblatt</p>
<p>5. Art und ggf. Ort der Rehabilitationsmaßnahme</p>	<p><input type="checkbox"/>^{*)} Heilkur / <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung /</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p>Klinik: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p>Zeitraum: _____</p>
<p>6. Voraussichtliche oder endgültige Höhe der <u>Gesamtkosten</u>, für die ein Zuschuss beantragt wird (<u>Bitte Kostenvoranschlag bzw. Rechnungen beifügen</u>)</p>	<p>Kosten: _____ EUR</p>

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

<p>7. <u>Andere Kostenträger</u>, die für die Durchführung der Maßnahme oder für die Beteiligung an den genannten Kosten in Frage kommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Träger der gesetzl. Rentenversicherung - Krankenversicherung - Beihilfeverpflichteter - sonstiger Kostenträger <p>Übernommene Kosten</p> <p>Keine Kostenübernahme</p> <p><u>(Bitte Bescheinigungen beifügen. Übernimmt ein in Frage kommender Kostenträger keine Kosten, bitte entsprechende (Negativ-) Bescheinigung beifügen)</u></p>	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <input type="checkbox"/> *) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> und zwar </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> <p style="text-align: right;">_____ EUR (inkl. Kulanzeleistungen)</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> *) </div>
<p>8. Bankverbindung: Kontoinhaber:</p> <p style="padding-left: 100px;">IBAN:</p> <p style="padding-left: 100px;">BIC:</p> <p style="padding-left: 100px;">Institut:</p>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß gemacht. Eine ausführliche ärztliche Bescheinigung gemäß beiliegendem Merkblatt füge ich bei.

Ort und Datum

Unterschrift

**Erklärung und Information zum Antrag
auf Gewährung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen**

1. Einwilligungserklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungswerk der ZÄK Berlin von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Versorgungswerk der ZÄK Berlin umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige hiermit ein, dass die dem Versorgungswerk der ZÄK Berlin übersandten ärztlichen und psychologischen Unterlagen an vom Versorgungswerk der ZÄK Berlin bestimmte Ärzte zur Einholung eines medizinischen Gutachtens oder einer medizinischen Stellungnahme weitergegeben werden dürfen. Das Versorgungswerk hat mich über die Weitergabe zu informieren.

2. Versicherung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung weder absichtlich herbeigeführt (§ 25 Abs. 1 der Satzung) noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafrechtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers – nicht die des eventuellen Bevollmächtigten – erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers