



Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_\_

Anlage zum Rentenantrag vom: \_\_\_\_\_

**Berufsausbildung der Antragstellerin/ des Antragstellers**

(Diese Fragen beziehen sich nicht auf das zahn- bzw. tierärztliche Studium)

Bestand eine Berufsausbildung (z.B. Ausbildungsberuf, Fach-, Fachhochschul-, Hochschulstudium)?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
vom – bis	erlernter Beruf	Prüfung bestanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
vom – bis	erlernter Beruf	Prüfung bestanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde eine <b>Umschulung</b> durchgeführt?		Erfolgreich beendet?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom – bis	Umschulungsberuf, Kostenträger, Az.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden weitere <b>Qualifikationen</b> in Ergänzung zur zahnärztlichen Ausbildung erworben?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom – bis	Art der Ausbildung	Erfolgreich beendet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine <b>Doppelapprobation</b> ?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom – bis	Fachrichtung	Erfolgreich beendet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Haben Sie außerhalb der Praxistätigkeit Beschäftigungen ausgeübt, bei der Sie Ihre zahn- bzw. tierärztliche Ausbildung überwiegend verwendet haben. Wenn ja, welche:

**Beschäftigungsübersicht**

Zeitraum vom - bis	Genauere Bezeichnung der Be- schäftigung bzw. Tätigkeit	Bezeichnung des Tarifvertrages Ge- halts/Lohngruppe	aufgegeben wegen (z.B. Krankheit, Arbeitslosig- keit, Kündigung)

### **Selbständige Erwerbstätigkeit**

Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?

<input type="checkbox"/> nein	Datum und Grund der Aufgabe (z.B. Rückgabe der Kassenzulassung, Abmeldung bei der KZV)	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> im eigenen Betrieb bzw. im Betrieb eines Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> im sonstigen freien Beruf
Art und Umfang der aktiven Tätigkeit, ggf. Verwandtschaftsverhältnis, Größe des Betriebes		

### **Angaben von Arbeitsuchenden**

(wenn zurzeit weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Beschäftigung ausgeübt wird)

Sind Sie beim Arbeitsamt als Arbeitsuchender gemeldet?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
seit	Arbeitsamt, Aktenzeichen
Das Arbeits- /Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:	
<input type="checkbox"/> Ganztags- beschäftigung	<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung
Anzahl der Wochenstunden	

### **Begründung des Rentenantrages**

Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für berufsunfähig?	
seit	wegen
_____	
_____	
_____	
Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? (Art und Umfang – wie viel Stunden täglich?)	
_____	
Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig erkrankt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
seit	Name und Anschrift der Krankenkasse/Verw.-Stelle
_____	
Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
durch	anerkannt von welcher Stelle, Aktenzeichen
_____	

## Ärztliche Behandlung

Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?  
(ggf. Zusatzblatt verwenden)

Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom – bis
Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom – bis
Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom – bis

Waren Sie in den letzten Jahren in **stationärer** Krankenhausbehandlung?

Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station, Behandlung wegen vom - bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____
--

## Ärztliche Untersuchungen

Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der <b>Krankenkasse</b> (Med. Dienst)	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom <b>Arbeitsamt</b>	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom <b>Gesundheitsamt</b>	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von der <b>Berufsgenossenschaft</b>	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom <b>Personal-oder Betriebsarzt</b> (Name u. Anschrift AG,P.Nr.)		am
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom <b>Versorgungsamt</b>	Aktenzeichen	am Schwerbehindert? Grad d. Behinderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

## Leistungen zur Teilhabe

Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilnahme am Arbeitsleben erbracht worden (z.B. Kur, Umschulung?)			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ort	Kostenträger ,Aktenzeichen	vom - bis
Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei welcher Stelle	Aktenzeichen	beantragt am
Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von welcher Stelle	Aktenzeichen	abgelehnt am

## Sonstige Angaben

Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruches eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?		
Versicherungsträger	Aktenzeichen	Zeitpunkt der Untersuchung
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?		
Grund		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

## **Erklärung und Information zum Rentenanspruch zur Feststellung von Berufsunfähigkeit**

### **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 meiner Berufsunfähigkeit 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