

**Mitgliedsnummer:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt  
Gutenberghof 7  
30159 Hannover**

**Antrag auf Kostenzuschuss für Rehabilitationsmaßnahmen**

**I. Personalien**

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_

2. bei Verheirateten: Beruf und Geburtsdatum des Ehegatten:

\_\_\_\_\_

Unterhaltungspflicht für folgende Personen:

(Ehegatte, geschiedener Ehegatte, Anzahl der Kinder in Schul- oder Berufsausbildung - Name, Alter, Ausbildungsziel und Ausbildungsstand bitte angeben)

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_

## **II. Rehabilitationsmaßnahme**

### 1. Angabe der Erkrankung oder Behinderung

(Vorgeschichte, Verlauf, Dauer, Diagnose, Prognose)

### 2. Angaben zur beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme

Eigene ausführliche Begründung der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht:

Bitte **fachärztliches Gutachten** über Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit sowie Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick auf die Ausübung oder Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit **beifügen**.

### 3. Bitte **Kostenvoranschlag** über die voraussichtlichen Kosten der Rehabilitationsmaßnahme nach Art und Höhe **beifügen**.

### **III. Beteiligung möglicher anderer Kostenträger**

Angabe des Kostenträgers mit Anschrift, Aktenzeichen und Art und Höhe der Beteiligung

- 1. gesetzliche Krankenkasse/Ersatzkasse
  - pflichtversichert  ja  nein
  - freiwillig versichert  ja  nein
- 2. private Krankenversicherung  ja  nein
- 3. Rentenversicherung  
Haben Sie für mindestens 15 Jahre Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt?  ja  nein  
  
Haben Sie bei einem anderen Versorgungswerk einen Antrag gestellt?  ja  nein  
  
Wann und wo? \_\_\_\_\_
- 4. Unfallversicherung
  - gesetzliche Unfallversicherung  ja  nein
  - private Unfallversicherung  ja  nein
- 5. Beihilfe des Arbeitgebers  ja  nein
- 6. Sozialhilfeträger  ja  nein
- 7. Schadenersatzansprüche gegen Dritte  ja  nein
- 8. Sonstiges  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **IV. Bankverbindung**

**IBAN:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (22 Stellen)

**BIC:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (8 oder 11 Stellen)

**Kontoinhaber** (falls abweichend): \_\_\_\_\_

**V. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:**

Identifikationsnummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**VI. Erforderliche Unterlagen**

- Fachärztliches Gutachten
- Kostenvoranschlag
- Bescheinigung über Kostenbeteiligung der Krankenkasse oder Krankenversicherung

**VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften**

Ich ermächtige die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben alle Ärzte, ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben, und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung von der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

**VIII. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.**

---

Datum

---

Unterschrift