

**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. Unterhaltspflicht 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 aktuellen **fachärztlichen** Befundbericht 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 Behandlungen und deren Kosten der Rehabilitationsmaßnahme nach Art und Höhe **beifügen**.



**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**

- aktueller-Befundbericht des behandelnden Facharztes
- Kostenvoranschlag der Rehabilitationseinrichtung
- Bescheinigung über die Höhe der Kostenbeteiligung der Krankenkasse oder Krankenversicherung

**VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften**

Ich willige ein, dass das Versorgungswerk die für die Entscheidung des Antrages erforderlichen ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen von den Ärzten und Einrichtungen, die ich angegeben habe oder die aus den Unterlagen ersichtlich sind, anfordern kann.

Das schließt die Unterlagen ein, die diese von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die Einwilligung gilt auch für die ärztlichen Untersuchungen des Begutachtungsverfahrens und der Nachuntersuchungen.

Ich willige ein, dass das Versorgungswerk meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen des Begutachtungsverfahrens oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an das Versorgungswerk zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung von den beteiligten Versorgungswerken befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Das Versorgungswerk ist berechtigt, meine medizinischen Daten an beteiligte Dritte wie zum Beispiel Krankenkassen, Versorgungsämter oder Ähnliche weiterzugeben. Mir ist bekannt, dass ich der Weitergabe der medizinischen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen kann.

Diese Erklärung ist ein Bestandteil meines Antrages.

**VIII. Ich habe alle Angaben persönlich gemacht und nichts verschwiegen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift