V E R S O R G U N G S W E R K D E R L A N D E S T I E R Ä R Z T E K A M M E R T H Ü R I N G E N
Einrichtung der Landestierärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Potsdamer Straße 47·14163 Berlin (Zehlendorf)
Telefon (030) 81 60 02 – 62·Telefax (030) 81 60 02 – 40

Antrag auf Beteiligung an den Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme

(§ 14 der Satzung über das Versorgungswerk der Landestierärztekammer Thüringen

zur Mitgl.Nr.:_____

I. Angaben zur Person:

Titel, Name, Vorname:_____ Geburtstag: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Anschrift: _____ Telefon: _____

❑ niedergelassen ❑ angestellt ❑ beamtet ❑ oder: _____

Familienstand: ❑ ledig ❑ verheiratet ❑ geschieden ❑ verwitwet

ggf. Beruf des Ehegatten
sowie dessen Geburtsdatum: _____ Geburtstag ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Unterhaltspflicht besteht für folgende Personen:
(z.B. Ehegatte, geschiedener Ehegatte, Kinder in Schul-oder Berufsausbildung
- bitte Namen, Alter und Verwandtschaftsverhältnis angeben -)

1. _____
2. _____
3. _____

II. Vorgesehene Rehabilitationsmaßnahme:

1. a) Art: ❑ Anschlussheilbehandlung (AHB) ❑ stationäre Rehabilitation
   ❑ stationäre Nachsorge/Heilverfahren ❑ sonstiges: _____
   b) Beginn und Dauer der Maßnahme: _____
   c) Ort/Einrichtung: (soweit nicht aus dem Kostenvoranschlag ersichtlich) _____
   Anschrift mit Tel.: _____

2. Angabe, warum gerade die beabsichtigte Maßnahme notwendig und aussichtsreich ist im Vergleich zu anderen möglichen (ambulanten) Maßnahmen: (**entfällt, falls Anschlussheilbehandlung**)

_____
_____
_____
_____
_____

3. Bitte beifügen:

a) Ärztliche Bescheinigung über die Art der Erkrankung sowie die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick auf die Ausübung oder Wiederaufnahme der tierärztlichen Tätigkeit (Vordruck/Befundbericht, wahlweise auch in freier Form möglich).

❑ Befundbericht/Attest liegt bei ❑ wird nachgereicht

b) Nachweise oder Kostenvoranschläge (Kostenschätzung ist unbedingt erforderlich !!!)

- Unterbringungs- und Verpflegungskosten ❑ Pauschal – Tagespflegesatz: Euro _____
  oder: _____

- ärztliche Kosten der Rehabilitationsmaßnahme und physikalische Anwendungen etc. ❑ Die ärztlichen Kosten trägt meine private/ gesetzliche Krankenversicherung, Kopie der Bewilligung liegt bei

- Fahrtkosten: ❑ Deutsche Bahn II. Klasse ❑ oder _____

- sonstige Kosten (Art und Höhe, bitte ggf. unter IX erläutern): _____

III. Beteiligung Dritter an den Kosten der geplanten Rehabilitationsmaßnahme:

Für alle Fragen der Ziffer III: Im zutreffenden Falle Angabe des Kostenträgers mit Anschrift und Aktenzeichen sowie Höhe und Art der Beteiligung; ggf. bitte auf gesondertem Blatt erläutern.

	Mitgliedschaft	Beteiligung
1. gesetzliche Krankenversicherung, welche: _____	❑ja nein❑	❑ja nein❑
2. private Krankenversicherung, welche: (z.B. Krankheitskosten-, Krankenhauskosten-, Krankentagegeld-,Krankenhaustagegeld-, Krankenvoll-Versicherung) _____	❑ja nein❑	❑ja nein❑
- Versicherungsart: _____	(bitte schriftliche Ablehnung der Kostenübernahme beifügen bzw. nachreichen)	
3. gesetzliche Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft)		❑ja nein❑
4. gesetzliche Rentenversicherung, soweit dort (Vor-) Beiträge gezahlt worden sind bzw. die Wartezeit erfüllt ist		❑ja nein❑
5. Beihilfe des Arbeitgebers (z.B. öffentl. Dienst)		❑ja nein❑
6. Schadenersatzansprüche gegen Dritte (z.B. Haftpflicht bei Verkehrsunfall)		❑ja nein❑
7. Sonstiges (z.B. private Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung, Sozialamt,.....):		❑ja nein❑

IV. Einkommensverhältnisse:

1. Einkommen:

❑ a) niedergelassene/r Tierärzt/in (Einkommen vor Steuern aus tierärztlicher Tätigkeit) im Jahr vor Antragstellung

Euro

❑ b) Honorarkräfte (durchschnittliches mtl. Bruttoeinkommen) im Jahr vor Antragstellung

Euro

❑ c) angestellte/r Tierarzt/in (mtl. Bruttogehalt) im Jahr der Antragstellung:

❑ bei Vollschicht-Tätigkeit
❑ bei Teilzeit-Tätigkeit (..... Stunden)

Euro

2. Während der Rehabilitationsmaßnahme:

zu a) Fortführung der Praxis durch Vertreter ❑ja nein❑
zu c) Fortzahlung der Bezüge durch den Arbeitgeber ❑ja nein❑

V. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige das VERSORGUNGSWERK DER LANDESTIERÄRZTEKAMMER THÜRINGEN zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, alle Ärzte über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Versorgungseinrichtungen. Die Ermächtigung zur Nachprüfung und Befragung gilt auch hinsichtlich meiner Vermögens- und Einkommensverhältnisse gegenüber dem Arbeitgeber, Behörden u. ä. soweit erforderlich.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von dem VERSORGUNGSWERK DER LANDESTIERÄRZTEKAMMER THÜRINGEN befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Einhaltung der Verschwiegenheit (z.B. Datenschutz) auch über meinen Tod hinaus.

Ich bin damit einverstanden, dass die Reha-Klinik eine Kopie des Bewilligungsbescheides sowie der medizinischen Unterlagen erhält (bitte diesen Passus ggf. streichen).

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

VII. Die Bescheiderteilung soll erfolgen ❑ an meine Privatanschrift (lt. Seite 1)
❑ an_____

VIII. Zahlungen sollen auf folgendes Girokonto erfolgen:

Institut:_____

IBAN	D	E																				
BIC																						

Konto-Inhaber: ❑ Antragsteller/in ❑ _____

IX. Angaben zur Steuer-Identifikationsnummer

Steuer-ID: | | | | | | | | | | | |

X. Erläuterungen sowie zusätzliche Bemerkungen / Hinweise: (bitte ggf. Zusatzblatt verwenden)

_____, den _____
(Unterschrift)