

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINES ZUSCHUSSES FÜR REHABILITATIONSMASSNAHMEN

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage, mir einen Zuschuss für Rehabilitationsmaßnahmen nach der gültigen
Satzung des Versorgungswerkes zu gewähren:

Name geb. am

Mitgliedsnummer

Geburtsname Geburtsort

Anschrift

Telefon - Nr.

E-Mail

Krankenkasse

Sozialversicherungsnummer

Ich bin aufgrund der staatlichen Beihilfevorschriften oder entsprechender Bestimmungen oder Grundsätze

beihilfeberechtigt: ja / nein

Eine Bescheinigung der behandelnden Ärzte lege ich bei.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

Das erforderliche Gutachten hierfür muss folgende Angaben enthalten:

- Art der Erkrankung
- ob die Berufsfähigkeit gefährdet, gemindert oder aufgehoben ist
- Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Reha-Maßnahme
- ob die Berufsfähigkeit durch einen Erholungsaufenthalt erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann (im Gegensatz zu einem ärztlich verordneten Kur-aufenthalt oder dergleichen)

Höhe der Aufwendungen für die Rehabilitationsmaßnahmen :

€

Bitte die Rechnungen / Belege beifügen.

Hiervon wird ein Betrag von €von einem anderen Kostenträger über-
nommen (z.B. Sozialversicherung, Berufsgenossenschaft, Kriegsopferversorgung,
Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung). Hierzu bitte den Nachweis beifü-
gen.

Bitte der Krankenkasse einreichen und die Höhe des Zuschusses bescheinigen las-
sen bzw. bestätigen lassen, dass kein Zuschuss gezahlt wird.

**Das erforderliche Gutachten sowie die Nachweise können gegebenenfalls
nachgereicht werden.**

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

Erklärung des Mitgliedes über das fachärztliche Gutachten

Name: _____

Geboren am: _____

Mitgliedsnummer: _____

Hiermit versichere ich, dass der erstellende Arzt für das beigefügte fachärztliche Gutachten weder mit mir verwandt, verschwägert, verheiratet oder zuvor ärztlich für mich tätig geworden ist.

Mir ist bekannt, dass das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen einen Facharzt seiner Wahl als Gutachter beiziehen kann und darüber hinaus weitere Ermittlungen anstellen kann.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

VOLLMACHT

Name:

Geboren am:

Mitgliedsnummer:

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und bevollmächtige das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen zur Anforderung aller ärztlichen Unterlagen und Auskünfte.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

Name:

Geboren am:

Mitgliedsnummer:

Sie haben im Jahr 2008 durch das Bundeszentralamt für Steuern Ihre persönliche Steuer - Identifikationsnummer erhalten.

Bitte tragen Sie hier Ihre vollständige, elfstellige Steuer - Identifikationsnummer ein:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Bitte beachten Sie:

Das Bundeszentralamt für Steuern hat seit dem 1. August 2008 jedem in Deutschland gemeldeten Bürger schriftlich seine persönliche steuerliche Identifikationsnummer mitgeteilt. Wir benötigen die Nummer für das Rentenbezugsmitteilungsverfahren. Sie sind daher verpflichtet, die Identifikationsnummer mitzuteilen. Das gilt auch, wenn Sie im Ausland leben.

- Ort / Datum -

- Unterschrift des Mitgliedes -