

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Am Leonhardsbrunn 5
60487 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: _____ **Vorname:** _____

Mitglieds-Nr. : _____ **geb. am:** _____

Privatanschrift: _____

Ich bin aufgrund der staatlichen Beihilfevorschriften oder entsprechender Bestimmungen oder Grundsätze

beihilfeberechtigt: ja / nein

gegebenenfalls Erläuterungen.....

.....

Eine Bescheinigung der behandelnden Ärzte lege ich bei.

Das Gutachten 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 durch Rechnungen belegen !

Hiervon wird ein Betrag von €von einem anderen Kostenträger über-
nommen (z.B. Sozialversicherung, Berufsgenossenschaft, Kriegsopferversorgung,
Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung), **Nachweis ist erforderlich!**

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

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf mein

Konto..... BLZ.....

Bankverbindung.....

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

.....
- Ort / Datum -

.....
- Unterschrift des Mitgliedes -

Anlage

Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

Vollmacht

Name:

Vorname:

Mitglieds-Nr.

geb. am

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

(Datum und Unterschrift des Mitglieds)