

**Ärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover**

Mitgliedsnummer:

Antrag auf Kostenbeteiligung für eine Anschlussheilbehandlung

I. Persönliche Verhältnisse

1. Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

2. Familienstand:

a) ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden (*Zutreffendes bitte unterstreichen*)

b) bei Verheirateten: Beruf und Geburtsdatum des Ehegatten:

II. Anschlussheilbehandlung

1. Angabe der Erkrankung oder Behinderung

(Verordnung des Krankenhauses über die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung bzw. den Entlassungsbericht beifügen).

2. Falls vorhanden, Nachweis über die voraussichtlichen Kosten der Anschlussheilbehandlung beifügen.

III. Beteiligung möglicher anderer Kostenträger

Im zutreffenden Fall genaue Angabe des Kostenträgers mit Anschrift und näheren Angaben (Az. o. Ä.) sowie Art und Höhe der Beteiligung; ggf. auf besonderem Blatt erläutern.

1. gesetzliche Krankenkasse/Ersatzkasse
 - a) pflichtversichert ja / nein
 - b) freiwillig versichert ja / nein

2. private Krankenversicherung ja / nein
(Krankenkostenversicherung, Krankenhauskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung usw.) genaue Angabe von Name der Kasse, Art der Versicherung und Höhe der Leistungen

3. Unfallversicherung
 - a) gesetzliche ja / nein
(z. B. Gemeindeunfallversicherungsverband, Berufsgenossenschaft)
 - b) freiwillige Selbstversicherung ja / nein
 - c) private Unfallversicherung ja / nein

4. Rentenversicherung
 4. a) gesetzliche Rentenversicherung ja / nein
Haben Sie für mindestens 5 Jahre Pflichtbeiträge und/oder freiwillige Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung (auch frühere Sozialversicherung der DDR) gezahlt?

4. b) Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Versorgungswerk? ja / nein

Wenn ja, bitte ausfüllen.

Zeitraum von bis	Anschrift des Versorgungswerkes	Versicherungs-/Mitglieds- nummer
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----

4. c) Wurde bei einem der unter Punkt 4. b) aufgeführten Versorgungswerke ebenfalls ein AHB-Antrag gestellt? ja / nein

Gegebenenfalls bei welchem und Antragsdatum?

5. Kriegsopferversorgung ja / nein

6. Beihilfe des Arbeitgebers

- a) öffentlicher Dienstherr ja / nein

- b) privater Arbeitgeber ja / nein

7. Sozialhilfeträger ja / nein

8. Schadenersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Haftpflicht) ja / nein

9. Sonstiges

IV. Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Hier wird um Bekanntgabe des durchschnittlichen steuerpflichtigen jährlichen Einkommens, Angabe über Vermögensverhältnisse sowie Fortführung der Praxis bzw. Fortzahlung der Bezüge durch den Arbeitgeber während der Rehabilitationsmaßnahme gebeten. (Erforderlichenfalls werden zusätzliche Angaben bzw. Nachweise von der Ärzteversorgung noch angefordert.)

V. Erforderliche Angabe für angestellte Mitglieder:

Die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber endet am? _____
Datum

VI. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige die Ärzteversorgung Niedersachsen, 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 Niedersachsen befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

VII. 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.

VIII. Auf folgendes Konto soll ein bewilligter Rehabilitationskostenzuschuss überwiesen werden:

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

Datum

Unterschrift