

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
in Mecklenburg-Vorpommern
Bleicherufer 9
19053 Schwerin

Antrag auf Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 15 der Satzung

1. Antragsteller

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mitgliedsnummer

2. Der Zuschuss soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

3. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen haben Sie bisher gelitten?

Art der Gesundheits- störung	von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes

4. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie zurzeit?

Art der Gesundheitsstörung	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes

5. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung nicht mehr anwaltlich tätig?

ja; seit _____.

nein; in welchem Umfang sind Sie noch tätig?

6. In welchem Umfang ist Ihre Leistungsfähigkeit zurzeit gemindert?

7. Zur Verbesserung Ihres derzeitigen gesundheitlichen Zustandes sind folgende bisherige Maßnahmen (stationäre und/oder ambulante Behandlungen, Kur etc.) durchgeführt worden:

Art der Maßnahme	Zeitraum	Name und Anschrift des behandelnden Arztes/des Krankenhauses/der Kureinrichtung

8. Welche Maßnahmen werden von dem behandelnden Arzt zur Erhaltung der Berufsfähigkeit bzw. zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit vorgeschlagen?

9. Rentenbezugsmitteilungsverfahren

Gemäß § 22 a Abs. 1 EstG ist das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet, Ihre Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu melden, die diese Daten an die zuständigen Länderfinanzbehörden weitergibt.

Für das Meldewesen benötigt das Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Mecklenburg-Vorpommern zwingend die steuerliche Identifikationsnummer.

steuerliche Identifikationsnummer:

10. Erklärung Mitglied

Ich versichere, dass keine anderen Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung Bund/Land, Krankenkasse etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaße in Anspruch genommen werden kann sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

11. Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

- ausführliche ärztliche Stellungnahme mit Diagnose, Prognose, Dauer der Maßnahme sowie Benennung einer geeigneten Klinik oder anderen Einrichtung
→ eine ärztliche Bescheinigung, die lediglich die Diagnose und die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme enthält, ist nicht ausreichend!
- Nachweis über die voraussichtlichen Kosten nach Grund und Höhe
- Ablehnungsbescheide Ihrer Krankenkasse über den dort gestellten Antrag und ggf. der gesetzlichen Rentenversicherung
- Schweigepflichtentbindungserklärung

Schweigepflichtentbindungserklärung

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
in Mecklenburg-Vorpommern
Bleicherufer 9
19053 Schwerin

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Mitgliedsnummer

Ich entbinde nachfolgend genannte Ärzte, die mich bisher behandelt haben, sowie sonstige Stellen, die über meinen Gesundheitszustand Auskunft geben können, u.a.

Herrn / Frau Dr. med. _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

gegenüber dem Versorgungswerk der Rechtsanwälte Mecklenburg-Vorpommern von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift