

An das
Versorgungswerk
der Ärztekammer Bremen
Postfach 10 77 29
28077 Bremen

Antrag auf Kostenbeteiligung
für Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 19 der Satzung
des Versorgungswerks
(Stand: 01.01.2018)

Hinweis für privat krankenversicherte Mitglieder: Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, erstattet die private Krankenversicherung normalerweise die entstehenden Kosten

- a) bei reinen Krankenhäusern ohne weiteres,
- b) bei sogenannten „gemischten Anstalten“, d.h. bei „Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen,“ im übrigen aber auch Krankenhäuser sind, jedoch nur dann, wenn der Versicherer die Erstattung vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Ist also eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einer „gemischten Anstalt“ geplant, so ist zunächst die private Krankenversicherung anzusprechen.

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Mitglieder: Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt den Versicherten die Leistungen der ambulanten wie auch der stationären Rehabilitation als Sach- und Dienstleistungen (vergl. mit SGB V §§ 11 Abs. 2, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 40 Abs. 1 und 2).

Mitglieds-Nr. _____ steuerliche Identifikations-Nr.: _____
(nicht Steuernummer)

I. Persönliche Verhältnisse

1. Name, Vorname:

Geburtstag:

Telefon:

Privatanschrift:

Bankverbindung:

2. Selbständig tätig / angestellt im / bei
3. Familienstand:
 - a) ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, eingetragene Lebenspartnerschaft
(zutreffendes bitte unterstreichen)
 - b) bei Verheirateten -
Beruf des Ehegatten und Geburtsdatum (Angabe freiwillig):

II. **REHABILITATIONSMAßNAHMEN**

1. Angabe der Erkrankung oder Behinderung
(Vorgeschichte, Art, Verlauf, Dauer, Diagnose, Prognose;
ggf. auf besonderem Blatt erläutern)
2. Angaben zur beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme
 - a) Eigene ausführliche Begründung der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht
bitte erläutern (ggf. auf besonderem Blatt)
 - b) Fachärztliches Attest über Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit sowie
Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick
auf die Ausübung oder Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit
(bitte beifügen)

c) Die Rehabilitationsmaßnahme wird stattfinden in (bitte ankreuzen und genauen Namen, Anschrift, Telefon- und Faxnummer angeben):

- einem reinen Krankenhaus
- einer gemischten Anstalt
- Kur-Sanatoriumseinrichtung
- ambulant

3. Nachweis über die voraussichtlichen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen nach Art und Höhe (Kostenvoranschlag mit Belegen bitte beifügen)

III. Beteiligung möglicher anderer Kostenträger,

Antrag gestellt am:

bei (bitte ankreuzen):

1. gesetzliche Krankenversicherung:
 - a) pflichtversichert
 - b) freiwillig versichert

2. Ersatzkasse:
 - a) pflichtversichert
 - b) freiwillig versichert

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

4. Rentenversicherung (Angestelltenversicherung,
Knappschaftliche Rentenversicherung)

5. Kriegsopferversorgung

6. Beihilfe des Arbeitgebers
 - a) öffentlicher Dienstherr
 - b) privater Arbeitgeber

7. Sozialhilfeträger

8. private Krankenversicherung ()
- Krankenkostenversicherung ()
- Krankenhauskostenversicherung ()
- Krankentagegeldversicherung ()
- Krankenhaustagegeldversicherung ()

(genaue Angabe von Name der Kasse, Art der Versicherung und Höhe der Leistungen)

9. Schadenersatzansprüche gegen Dritte ()
(z.B. Haftpflicht)
10. Sonstiges

Für alle Fragen der Ziffer III:

Im zutreffenden Falle genaue Angabe des Kostenträgers mit Anschrift und näheren Angaben (Az. o.ä.) sowie Art und Höhe der Beteiligung; **sofern vorhanden, bitte dessen Stellungnahme mitschicken.**

IV Ermächtigung zur Einholung und Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige das Versorgungswerk Bremen, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinem Gesundheitszustand gemachten Angaben alle Ärzte, ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben, und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen/Krankenkassen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen und mit Letzteren ggf. die Höhe der Kostenübernahme abzustimmen.

Ich entbinde die Personen, die gemäß dieser Erklärung vom Versorgungswerk Bremen befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

- V. 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.

(Ort, Datum, Unterschrift)