

# Antrag auf freiwilligen Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen

|  |   |
|--|---|
| Sächsische Ärzteversorgung<br>Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer<br>Dr.-Külz-Ring 10<br>01067 Dresden | Mitgliedsnummer   |
|  | <b>Hinweis:</b><br>Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche und/oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. |

**Ich beantrage die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gemäß § 36 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung.**

**Hinweise:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Bitte bedenken Sie, dass eine Entscheidung über Ihren Antrag erst nach vollständigem Eingang aller notwendigen Unterlagen möglich ist.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt, oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht.

Wir informieren Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihre Rechte als betroffene Person im Internet. Bitte beachten Sie hierzu die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage unter [www.saev.de/datenschutz.html](http://www.saev.de/datenschutz.html).

| 1. Angaben zur Person             |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| Familienname                      |  | Vorname (Rufname)   |
| Geburtsname (wenn abweichend)     | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers<br><input type="checkbox"/> männlich | Staatsangehörigkeit<br><input type="checkbox"/> deutsch<br><input type="checkbox"/> _____ |
| Geburtsdatum                      |  |   |
| Straße, Hausnummer                |  |   |
| Postleitzahl                      | Wohnort  |   |
| Land                              | Steueridentifikationsnummer (11-stellige Steuer-ID)  |   |
| Telefonnummer (Angabe freiwillig) |  | E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)  |

## 2. Beantragte medizinische Rehabilitationsmaßnahme

2.1 Welche Art einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wird beantragt?

- Anschlussheilbehandlung (AHB)       stationäre Rehabilitation       ambulante Rehabilitation  
 Sonstiges:

2.2 In welchem Zeitraum soll die Rehabilitationsmaßnahme stattfinden?

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ .

2.3 Wie hoch sind die (voraussichtlichen) Gesamtkosten der Rehabilitationsmaßnahme, für die der Zuschuss beantragt wird? Für den Fall, dass Ihnen die Gesamtkosten vor Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme unbekannt sind, reicht es aus, wenn Sie uns den Tagespauschalsatz der Einrichtung angeben. Bitte fügen Sie Ihrem Antrag einen entsprechenden Kostenvoranschlag, ein Angebot oder einen Nachweis über die Höhe des Tagespauschalsatzes der Einrichtung bei.

Gesamtkosten: \_\_\_\_\_ EUR

Tagespauschalsatz: \_\_\_\_\_ EUR

## 3. Beteiligung Dritter an den Kosten der geplanten Rehabilitationsmaßnahme

**Hinweis:** Bei den folgenden Fragen bitten wir um ausführliche Angabe des Kostenträgers mit Anschrift und Aktenzeichen sowie Höhe und Art der Beteiligung. Für den Fall einer Ablehnung der Beteiligung bitten wir die Ablehnungsbescheide bzw. -schreiben Ihrem Antrag als Anlage beizufügen.

3.1 Haben Sie einen Kostenerstattungsanspruch bei anderen Versicherern oder Kostenträgern (z. B. private oder gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung etc.) gestellt?

- ja       nein

Wenn ja, wann und bei wem?

3.2 Haben Sie Ansprüche auf Übernahme der beantragten Kosten bei der Deutschen Rentenversicherung?

- ja       nein

3.3 Haben Sie Ansprüche auf Übernahme der beantragten Kosten bei Ihrer Krankenversicherung?

- ja       nein

3.4 Handelt es sich bei der antragsbegründenden Gesundheitsstörung um eine Folge eines Arbeits-/Wegeunfalls, einer Berufskrankheit oder eines sonstigen Unfalls?

ja             nein

Wenn ja, bitten wir um Angabe des die Gesundheitsstörung verursachenden Ereignisses:

#### 4. Bankverbindung für die Überweisung des Zuschusses

|  |              |                   |
|--|--------------|-------------------|
| IBAN   |              |                   |
| BIC*<br><small>(*bei Auslandsüberweisungen anzugeben)</small>                |              |                   |
| Kontonummer*<br><small>(*bei Überweisung außerhalb der EU anzugeben)</small> |              |                   |
| Kreditinstitut   |              |                   |
| Kontoinhaber/in  | Familienname | Vorname (Rufname) |

#### 5. Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Darüber hinaus versichere ich, dass keine anderen Kostenträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, Beihilfe des Arbeitgebers, gesetzliche oder private Krankenversicherung, Unfallkasse etc.) für die Durchführung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommen.

Alle Änderungen zu den o. g. Angaben teile ich gemäß § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden.

Die Einwilligung zur Verwendung der freiwillig gemachten Angaben kann jederzeit für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Der Widerruf kann per Post, Fax oder E-Mail an die Sächsische Ärzteversorgung übermittelt werden.

|            |   |
|------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellenden bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis) |
|------------|---|

#### 6. Checkliste der beizufügenden Unterlagen

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf freiwilligen Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen (Bitte senden Sie den Fragebogen zum Ausfüllen an Ihren zuständigen Facharzt und anschließend mit allen erforderlichen Anlagen unterschrieben an uns zurück)
- Aktuelle medizinische Behandlungsberichte, die einen Nachweis Ihrer angegebenen Gesundheitsstörung erbringen
- Ggf. sämtliche Ablehnungsbescheide bzw. -schreiben anderer Kostenträger
- Ggf. sämtliche Kostenerstattungen anderer Kostenträger



# Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf freiwilligen Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen

|  |   |
|--|---|
| Sächsische Ärzteversorgung<br>Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer<br>Dr.-Külz-Ring 10<br>01067 Dresden | Mitgliedsnummer   |
|  | <b>Hinweis:</b><br>Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche und/oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. |

**Hinweise:** Zur besseren Lesbarkeit des ärztlichen Befundberichts bitten wir den Befundbericht elektronisch auszufüllen. Etwaige Kosten dieses ärztlichen Befundberichts gehen zu Lasten der antragstellenden Person.

| 1. Angaben zur antragstellenden Person |                   |
|--|-------------------|
| Familienname                           | Vorname (Rufname) |
| Straße, Hausnummer                     |                   |
| Postleitzahl                           | Wohnort           |

| 2. Angaben zur Notwendigkeit und Erfolgsaussicht von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen   |
|---|
| 2.1 Die antragstellende Person befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____.   |
| 2.2 Die antragstellende Person wurde zuletzt am _____ von mir untersucht.   |
| 2.3 Welche antragsbegründenden Diagnosen wurden gegenwärtig bei der antragstellenden Person festgestellt? Bitte geben Sie hierzu alle relevanten Funktionsdiagnosen mit Angaben des ICD-Code in der Reihenfolge Ihrer medizinischen Bedeutung an. |
| 2.4 Unter welchen Symptomen und Beschwerden leidet die antragstellende Person? Bitte führen Sie hierbei zur antragsrelevanten Anamnese und dem Krankheitsverlauf aus.   |

2.5 Unter welchen Funktionseinschränkungen leidet die antragstellende Person gegenwärtig?

2.6 In welchem Ausmaß ist die antragstellende Person gegenwärtig in ihrer Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die Ausübung einer ärztlichen bzw. tierärztlichen Berufstätigkeit eingeschränkt?

2.7 Welche Maßnahmen (z. B. ambulante oder stationäre Behandlung etc.) sind bisher zur Besserung des Gesundheitszustandes der antragstellenden Person durchgeführt worden? Bitte geben Sie hierzu die konkreten Maßnahmen (bisherige und gegenwärtige Therapie) an und bei wem bzw. in welcher Einrichtung diese durchgeführt wurden.

2.8 Welche medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Anschlussheilbehandlung, ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) werden zur Wiederherstellung, wesentlichen Besserung oder Erhaltung der Berufsfähigkeit der antragstellenden Person vorgeschlagen?

2.9 Ist die Belastbarkeit der antragstellenden Person für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme gegeben?

ja             nein

Zusätzliche Bemerkungen:

### 3. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung