

Mitgliedsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Antrag auf Kostenbeteiligung für Rehabilitationsmaßnahmen

I. Personalien

1. Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Familienstand: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Anschrift: _____

Telefon: _____

2. bei Verheirateten: Beruf und Geburtsdatum des Ehegatten:

Unterhaltspflicht für folgende Personen:
(Ehegatte, geschiedener Ehegatte, Anzahl der Kinder in Schul- oder Berufsausbildung -
Name, Alter, Ausbildungsziel und Ausbildungsstand bitte angeben)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

II. Rehabilitationsmaßnahme

1. Angabe der Erkrankung oder Behinderung

(Vorgeschichte, Verlauf, Dauer, Diagnose, Prognose)

2. Angaben zur beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme

Eigene ausführliche Begründung der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht:

Bitte **fachärztliches Gutachten** über Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit sowie Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme im Hinblick auf die Ausübung oder Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit **beifügen**.

3. Bitte **Kostenvoranschlag** über die voraussichtlichen Kosten der Rehabilitationsmaßnahme nach Art und Höhe **beifügen**.

V. Bitte teilen Sie uns Ihre 11-stellige Identifikationsnummer mit, die Sie vom Bundeszentralamt für Steuern zur eindeutigen Identifizierung erhalten haben:

Identifikationsnummer:

VI. Erforderliche Unterlagen

- Fachärztliches Gutachten
- Kostenvoranschlag
- Bescheinigung über Kostenbeteiligung der Krankenkasse oder Krankenversicherung

VII. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

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

VIII. 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.

Datum

Unterschrift