

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
im Land Brandenburg
Grillendamm 2
14776 Brandenburg

Mitgl.-Nr. _____

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation

Gem. § 28 der Satzung des Versorgungswerkes der Rechtsanwälte im Land Brandenburg beantrage ich Gewährung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme und mache hierzu folgende Angaben:

Allgemeine Personalien:

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand	
Art der zuletzt ausgeübten anwaltliche Tätigkeit			

1. An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

Art der Krankheit	von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

2. An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie z.Zt.?

Art der Krankheit	seit	Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des Krankenhauses

3. Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr anwaltlich tätig; wenn ja, seit wann; wenn nein, in welchem Umfang sind Sie noch tätig als Rechtsanwalt?

4. In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit zur Zeit gemindert?

5. Welche Maßnahmen (stationäre / ambulante Behandlung, Kuraufenthalt etc.) sind bisher zur Besserung Ihres derzeitigen Zustandes durchgeführt worden?

Bitte genaue Angaben über die durchgeführten Maßnahmen (Krankenhaus, behandelnder Arzt, Sanatorium, Zeitraum, Anschriften)

6. Welche Maßnahmen werden von dem behandelnden Arzt zur Wiederherstellung / Erhaltung der Berufsfähigkeit vorgeschlagen? (Ärztliche Bescheinigung und Kostenvoranschlag beifügen)

Ich versichere, dass keine anderen Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommen.

Ich versichere weiter, dass ich nicht Mitglied einer Krankenversicherung bin bzw., dass sich meine Krankenversicherung nicht an den Kosten der Heilbehandlung beteiligt. (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen)

Ort

Datum

Unterschrift d. Antragsstellers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- a) **Ausführliches** ärztliches Gutachten mit prognostischer Stellungnahme. (**Nicht ausreichend** ist eine ärztliche Bescheinigung, die **lediglich Diagnose und die Feststellung der Notwendigkeit einer Kur/Maßnahme enthält**. Für die Entscheidung des Vorstandes ist unbedingt die **Angabe von Befunden** erforderlich)
- b) Erklärung, daß die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (s. Anlage)
- c) Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. der Berufsgenossenschaft, dass keine Berufserkrankung vorliegt bzw. anerkannt werden kann.

Anlage

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Versorgungswerk der Rechtsanwälte
im Land Brandenburg
Grillendamm 2

Mitgl.-Nr. _____

14776 Brandenburg

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle 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. _____

Herrn/Frau Dr. med. _____

dem Versorgungswerk der Rechtsanwälte im Land Brandenburg gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung von Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

_____ den _____
Ort Datum Unterschrift