



**An welchen Krankheiten, Beschwerden oder Gebrechen leiden Sie zurzeit?**

1. Art der Krankheit \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden  
Arztes bzw. des Krankenhauses \_\_\_\_\_

2. Art der Krankheit \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden  
Arztes bzw. des Krankenhauses \_\_\_\_\_

3. Art der Krankheit \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden  
Arztes bzw. des Krankenhauses \_\_\_\_\_

4. Art der Krankheit \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden  
Arztes bzw. des Krankenhauses \_\_\_\_\_

**Versichern Sie wahrheitsgemäß, dass Sie Ihre gesamte rechtsanwaltliche Tätigkeit eingestellt haben bzw. einstellen werden und ab diesem Zeitpunkt auch nicht der Arbeitsvermittlung bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen?**

Ich habe/werde meine gesamte rechtsanwaltliche Tätigkeit mit Wirkung zum

\_\_\_\_\_ eingestellt/einstellen.

Eine etwaige Wiederaufnahme der rechtsanwaltlichen Tätigkeit vor Eintritt der Regelaltersrente ist dem Versorgungswerk unverzüglich anzuzeigen.

**Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle eine Berufs- bzw. Erwerbsminderungsrente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (z.B. Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung, berufsständische Versorgung, Lebensversicherung)?**

nein  ja, bei folgenden Stellen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

1. Ausführliche gutachterliche Bescheinigung eines Arztes über die Gesundheitsstörungen, die die Berufsunfähigkeit bedingen laut Fragenkatalog (Anlage 1),
2. Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (Anlage 2),
3. Erklärung zur Speicherung und Übermittlung von Daten (Anlage 3).

Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, die lediglich die Diagnose und die Feststellung der Berufsunfähigkeit enthält, genügt grundsätzlich nicht. Für Die Beschlussfassung durch den Vorstand des Versorgungswerks ist unbedingt die Angabe aller vorliegenden Befunde erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift

## Anlage 1

### **Fragenkatalog zur Begutachtung einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 16 der Satzung des Versorgungswerks der Rechtsanwälte im Lande Hessen**

1. Liegt eine Krankheit, ein körperliches Gebrechen oder eine Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte vor (bitte gegebenenfalls näher benennen)?
2. Führen die unter 1. festgestellten Beeinträchtigungen dazu, dass das Mitglied
  - entweder voraussichtlich auf Dauer oder
  - auf absehbare Zeit, mindestens auf Dauer von 6 Monaten,zur Ausübung seines Berufs als Rechtsanwalt unfähig ist?

Im Rahmen der Beurteilung des Leistungsvermögens sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- 2.1. Kann das Mitglied noch in freier Rede auftreten?
- 2.2. Kann das Mitglied mit Dritten kommunizieren, gegebenenfalls wie? Wie gestaltet sich die Kommunikation bei Sprach-, Seh- oder Hörstörungen?
- 2.3. Kann sich das Mitglied aus Unterlagen oder Gehörtem ein eigenes Urteil bilden, gegebenenfalls mit welchem Aufwand und mit welchem Zeitaufwand?
- 2.4. Wie mobil (körperlich, geistig) ist das Mitglied? Welche Hilfsmittel werden benötigt?
- 2.5. Wie konzentriert und kontinuierlich kann das Mitglied arbeiten?

Bei der Beantwortung kommt es auf das Berufsbild des Rechtsanwalts im Allgemeinen an, nicht auf etwaige Besonderheiten der konkret zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

3. Seit wann besteht die Berufsunfähigkeit?
4. Mit welcher Dauer der Berufsunfähigkeit ist nach jetziger Sicht zu rechnen?
5. Bedarf es weiterer Begutachtungen auf anderen Fachgebieten?

**Anlage 2**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Versorgungswerk der Rechtsanwälte  
im Lande Hessen  
Bockenheimer Landstraße 23  
60325 Frankfurt am Main

<b>Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht</b>	
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 Lande Hessen gegenüber von der ihnen obliegenden Schweigepflicht, soweit es für die Beurteilung meiner Berufsunfähigkeit bzw. für die Beurteilung der Bezuschussung einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist.	
Ort, Datum	Unterschrift

**Anlage 3**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Versorgungswerk der Rechtsanwälte  
im Lande Hessen  
Bockenheimer Landstraße 23  
60325 Frankfurt am Main

**Erklärung zur Speicherung und Übermittlung von Daten**

Gemäß § 16 Abs. 4 der Satzung wird die Berufsunfähigkeit, der Zeitpunkt des Eintritts und ihre voraussichtliche Dauer durch ein ärztliches Gutachten festgestellt. Hierzu beauftragt das Versorgungswerk die Erstellung eines Gutachtens im jeweiligen medizinischen Fachgebiet.

Die Weitergabe der eingereichten Unterlagen an Personen, die am Verfahren beteiligt sind wie beispielsweise Gutachter oder Obergutachter, ist daher erforderlich und erfolgt unter der größtmöglichen Wahrung der Vertraulichkeit und der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Das Versorgungswerk arbeitet in diesem Zusammenhang mit der IMB Consult GmbH – Gesellschaft für medizinische Gutachten zusammen, mit der eine Vereinbarung nach Artikel 28 DS-GVO abgeschlossen wurde. Mit der Verarbeitung meiner Daten durch die IMB Consult GmbH zum Zwecke der Weitervermittlung an einen medizinischen Gutachter bin ich einverstanden. Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden sie auf unserer Internetseite:

[www.vw-ra-hessen.de/Datenschutz.html](http://www.vw-ra-hessen.de/Datenschutz.html)

Im Rahmen der Bearbeitung des Antrags zur Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente erkläre ich mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten sowie mit der Übermittlung meiner Daten an Personen, die an dem Verfahren beteiligt sind, einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------