

Mitgliedsnummer:

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

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation

Gem. § 18 der Satzung des Versorgungswerks der Rechtsanwälte im Lande Hessen beantrage ich die Gewährung eines Zuschusses zu einer Rehabilitationsmaßnahme und mache hierzu folgende Angaben:

Allgemeine Personalien

Name

Vorname

Straße/Hausnr.

PLZ Ort

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand ledig verheiratet/verpartnert verwitwet

Art der zuletzt ausgeübten anwaltlichen Tätigkeit

angestellter Rechtsanwalt selbständiger Rechtsanwalt

andere Tätigkeit:

Wurde bereits ein Zuschuss zur Rehabilitation durch das Versorgungswerk gewährt?

nein ja, am

An welchen Krankheiten haben Sie bisher gelitten?

1. Art der Krankheit

von bis

Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses

2. Art der Krankheit

von bis

Name und Anschrift des behandelnden
Arztes bzw. des Krankenhauses

Fortsetzung der bisherigen Krankheiten

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

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 _____

Sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr anwaltlich tätig?

ja, seit _____
 nein, Umfang der anwaltlichen Tätigkeit:

In welchem Ausmaß ist Ihre Leistungsfähigkeit zurzeit gemindert oder gefährdet?

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)

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

Kommen andere Kostenträger (Berufsgenossenschaft, Deutsche Rentenversicherung etc.) für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in Frage?

ja nein

Beteiligt sich Krankenversicherung an den Kosten der Heilbehandlung?

ja nein (Bitte ablehnenden Bescheid übersenden.)

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Ausführliches ärztliches Gutachten zur Notwendigkeit und Erfolgsaussichten der Maßnahme. Nicht ausreichend ist eine ärztliche Bescheinigung, die lediglich Diagnose und Feststellung der Notwendigkeit ausweist.
2. Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. der Berufsgenossenschaft, dass keine Berufserkrankung vorliegt bzw. anerkannt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Sofern Sie weitere Angaben machen möchten, können Sie hierzu gerne ein Zusatzblatt nutzen.