



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

**Bestand/Rente**

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: [service@aev-thueringen.de](mailto:service@aev-thueringen.de)

## Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

**Name:**

\_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:**

\_\_\_\_\_

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_

**Versorgungsnummer:**

\_\_\_\_\_

Gemäß § 14 Abs. 1 der Satzung der Ärzteversorgung Thüringen beantrage ich Berufsunfähigkeitsrente und mache dazu folgende Angaben:

### Allgemeine Personalien:

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl d. Kinder: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Art der zuletzt ausgeübten ärztlichen 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. Seit wann sind Sie aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung nicht mehr ärztlich tätig?**

---

**4. Beziehen Sie bereits von einer anderen Stelle eine Rente oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt (Angestelltenversicherung, Knappschaftsversicherung, Berufsgenossenschaft etc.)? Zutreffendenfalls bitte nähere Angaben**

---

---

---

**5. Ich habe wegen der die Berufsunfähigkeit auslösenden Umstände Schadenersatzansprüche (z. B. wegen eines Unfalls, dem Handeln anderer Personen oder sonstiger besonderer Umstände) gegen Dritte?**

nein     ja

**Wenn ja, geben Sie bitte die nachfolgenden Daten an:**

Vorname des Schädigers:	_____
Name des Schädigers:	_____
Anschrift des Schädigers:	_____
Versicherung des Schädigers:	_____

## 6. Dem Antrag sind beizufügen:

- Ausführliche ärztliche Bescheinigungen über die Krankheiten, die die Berufsunfähigkeit bedingen.  
Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, **die lediglich die Diagnose und die Feststellung der Berufsfähigkeit enthält, genügt grundsätzlich nicht**. Für die Beschlussfassung durch den Verwaltungsausschuss ist unbedingt **die Angabe von Befunden** erforderlich. Ohne die Vorlage ist eine Bearbeitung nicht möglich!
- Erklärung, dass die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden sind (gemäß bei liegendem Vordruck).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

## 7. Nach Genehmigung des Antrages auf Berufsunfähigkeitsrente sind einzureichen:

*vom niedergelassenen Arzt:*

- Bescheinigung des Gesundheitsamtes über die Abmeldung der Niederlassung, sofern zu den Kassen zugelassen bzw. am Ersatzkassenvertrag beteiligt.
- Bescheinigung des Zulassungsausschusses, dass Antrag auf Ruhen bzw. Ende der Kassenzulassung bzw. dass Antrag auf Widerruf der Ersatzkassenbeteiligung gestellt ist oder dem Antrag stattgegeben wurde.

*vom angestellten Arzt:*

- Bescheinigung des letzten Arbeitgebers, wann das Arbeitsverhältnis endet und wie lange Gehalt gezahlt wird.



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: [service@aev-thueringen.de](mailto:service@aev-thueringen.de)

## Aufstellung zum beruflichen Werdegang

Name:

---

Geb.-Datum:

---

Versorgungs-Nr.:

---

**Zeitraum**

**Art der Tätigkeit / Arbeitsstätte**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

**Bestand/Rente**

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: [service@aev-thueringen.de](mailto:service@aev-thueringen.de)

**Einwilligung zur Einholung und Weitergabe von personenbezogenen Daten bei anderen Rententrägern und Versorgungseinrichtungen, Entbindung von der ärztlichen und psychologischen Schweigepflicht**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Versorgungsnummer:** \_\_\_\_\_

Nach § 3 Abs. 2 der Satzung der Ärzteversorgung Thüringen bin ich verpflichtet, der Ärzteversorgung Thüringen alle für die Bearbeitung meines Rentenanspruches notwendigen Angaben zu machen und die angeforderten Nachweise einzureichen. Mir ist bekannt, dass die Ärzteversorgung berechtigt ist, meine Angaben und Nachweise zu überprüfen, weitere Unterlagen anzufordern oder eigene Erhebungen anzustellen, soweit dies in meiner Rentensache erforderlich erscheint.

Sofern ich Versicherungs- und Wohnzeiten in anderen Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und/oder bei anderen inländischen Rententrägern und Versorgungseinrichtungen zurückgelegt habe, erkläre ich meine Einwilligung, dass die Ärzteversorgung zur Bearbeitung meiner Rentensache

- personenbezogene Daten bei meinen anderen Rententrägern oder Versorgungseinrichtungen einholen darf sowie
- personenbezogene Daten an meine anderen Rententräger oder Versorgungseinrichtungen weitergeben darf.

Sofern ich einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente oder einen Zuschuss zu einer Rehabilitationsmaßnahme gestellt habe, erkläre ich meine Einwilligung sowie die Entbindung von der ärztlichen/psychologischen Schweigepflicht, damit die Ärzteversorgung

- ärztliche und psychologische Unterlagen, Gutachten und Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand einholen darf sowie
- ärztliche und psychologische Unterlagen, Gutachten und Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand an meine anderen Rententräger oder Versorgungseinrichtungen weitergeben darf.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen und die Entbindung von der ärztlichen/psychologischen Schweigepflicht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Ärzteversorgung Thüringen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bankverbindung**

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank**

für Rentenbeitragszahlungen

IBAN: DE39 3006 0601 0043 2940 48

BIC: DAAEDED

für sonstige Zahlungen

IBAN: DE02 3006 0601 0003 2940 48

BIC: DAAEDED

**Kontakt**

Postfach 100619 | 07706 Jena

Im Semmicht 33 | 07751 Jena

Tel.: 03641 614 - 0

Web: [www.laek-thueringen.de](http://www.laek-thueringen.de)

**Datenschutz**

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Datenschutzhinweise nach Artikel 13, 21 der Datenschutz-Grundverordnung) finden Sie auf unserer Homepage

[www.laek-thueringen.de/datenschutz](http://www.laek-thueringen.de/datenschutz).

Ist es Ihnen nicht möglich, unsere Datenschutzhinweise dort einzusehen, senden wir Ihnen diese auf Anforderung gerne zu.