

Antrag auf Krankenunterstützung wegen Mutterschaft

Sehr geehrte Frau Doktor!

Gerne teilen wir Ihnen mit, dass Sie aufgrund Ihrer Mutterschaft einen Anspruch auf Krankenunterstützung aus dem Wohlfahrtsfonds haben.

Beiliegend finden Sie das Antragsformular Krankenunterstützung wegen Mutterschaft. Bitte senden Sie uns dieses binnen **vier Wochen nach Geburt des Kindes** vollständig ausgefüllt entweder postalisch oder per E-Mail an aek@aekvbg.at.

Bitte beachten Sie Folgendes:

- Während des Bezuges der Krankenunterstützung wegen Mutterschaft dürfen Sie keine ärztliche Tätigkeit ausüben.
- Dem Antrag ist eine ärztliche Bestätigung über die Schwangerschaft beizulegen.
- Ansuchen um Krankenunterstützung wegen Mutterschaft sind (bei sonstigem Verfall) längstens innerhalb eines Jahres nach der Geburt des Kindes einzubringen.

Bei allfälligen Fragen zur Krankenunterstützung wegen Mutterschaft können Sie sich gerne mit Herrn Christoph Luger (Tel: 05572 21900-37; christoph.luger@aekvbg.at) persönlich in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Die Vorsitzende
des Verwaltungsausschusses

OMR Dr. Claudia Riedlinger e.h.

Der Präsident

MR Dr. Burkhard Walla e.h.

Anlage erwähnt

Antrag auf Krankenunterstützung wegen Mutterschaft

(nur freiberuflich tätige Ärztinnen / Wohnsitzärztinnen)

Bitte vollständig (in Blockschrift) ausfüllen

Persönliche Daten

1. Vor- / Nachname
2. Adresse
(Wohnort, Straße, Hausnr.)
3. SV-Nummer
4. E-Mail
5. Tel.-Nr.
6. IBAN AT

Angaben zum Antrag

1. Der voraussichtliche Geburtstermin / die Geburt des Kindes ist der / war der
2. Zeitraum der Einstellung der ärztlichen Tätigkeit aufgrund der Geburt des Kindes
Einstellung der ärztlichen Tätigkeit ab dem (bitte Datum einfüllen)
- Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit ab dem (bitte Datum einfüllen)
3. Ordinationsvertretung ja nein
Angaben zur Ordinationsvertretung
(Name, Adresse, Zeitraum)
4. Anzahl unversorgte Kinder, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

Beilagen:

- ärztliche Bestätigung über die Schwangerschaft
- Bestätigung über die Ordinationsvertretung

Ich erkläre, dass ich für die Dauer des oben angeführten Zeitraumes **keine ärztliche Tätigkeit** ausgeübt habe und erteile dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg die ausdrückliche Zustimmung, dass zwecks Überprüfung des von mir beantragten Zeitraumes die diesbezüglichen Abrechnungsdaten bei der Kassenärztlichen Verrechnungsstelle der Ärztekammer für Vorarlberg eingeholt werden dürfen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift