

Antrag auf Krankenunterstützung

Sehr geehrte Frau Doktor!
Sehr geehrter Herr Doktor!

Beiliegend finden Sie das Antragsformular Krankenunterstützung. Bitte senden Sie uns dieses binnen **vier Wochen nach Beginn der Krankheit** vollständig ausgefüllt entweder postalisch oder per E-Mail an aek@aekvbg.at.

Bitte beachten Sie Folgendes:

- Die Krankenunterstützung gebührt nur bei gänzlicher Arbeitsunfähigkeit (dh es darf während des beantragten Leistungszeitraumes **keine ärztliche Tätigkeit** ausgeübt werden und dürfen somit während dieses Zeitraumes auch keinerlei Leistungspositionen zum Beispiel mit der ÖGK abgerechnet werden bzw dem Patienten in Rechnung gestellt werden).
- Die Krankenunterstützung gebührt bei einer Hausbehandlung ab dem 4. Tag, wenn die Erkrankung weniger als vier Wochen gedauert hat (wenn die Erkrankung länger als vier Wochen gedauert hat, dann gebührt die Krankenunterstützung ab dem 1. Tag). Bei einem stationären Spitalsaufenthalt gebührt die Krankenunterstützung ab dem 1. Tag.
- Der Krankenstand ist vom behandelnden Arzt unter Angabe der Diagnose zu bestätigen. Bei einem Krankenhausaufenthalt ist eine Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses erforderlich.
- Ansuchen um Krankenunterstützung sind (bei sonstigem Verfall) längstens innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit infolge einer Erkrankung oder eines Unfalles oder wegen stationärer Behandlung in einer Krankenanstalt einzubringen.

Bei allfälligen Fragen zur Krankenunterstützung 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

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. Erkrankungsbeginn 2. Letzter Tag der Erkrankung
3. Die Erkrankung bedurfte (Zutreffendes bitte ankreuzen)
 - der häuslichen Pflege
 - eines stationären Aufenthaltes für Tage
4. Ordinationsvertretung ja nein
Angaben zur Ordinationsvertretung
(Name, Adresse, Zeitraum)
5. Anzahl unversorgte Kinder, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:
6. Liegt ein Fremdverschulden vor ja nein

Wenn ja, bitte dem Antrag eine genaue Schilderung des (Unfall-)Hergangs unter Angabe der Daten / Haftpflichtversicherung des Schädigers beilegen.

Beilagen:

- Bestätigung des behandelnden Arztes über den Krankenstand (inkl Angabe der Diagnose)
- Bestätigung des Krankenhauses über den stationären Krankenhausaufenthalt
- Bestätigung über die Ordinationsvertretung

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass

- meine Angaben vollständig sind und die Voraussetzungen für die Zuerkennung der beantragten Leistungen vorliegen.
- ich während dem oben angeführten Erkrankungszeitraum keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt habe (und somit auch während dieses Zeitraumes keinerlei Leistungspositionen zum Beispiel mit der ÖGK abgerechnet habe bzw dem Patienten in Rechnung gestellt habe) und erteile dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg die ausdrückliche Zustimmung, dass zwecks Überprüfung des von mir beantragten Zeitraums die diesbezüglichen Abrechnungsdaten bei der Kassenärztlichen Verrechnungsstelle der Ärztekammer für Vorarlberg eingeholt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine zu Unrecht bezogene Krankenunterstützung an den Wohlfahrtsfonds zurückbezahlt werden muss.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift