

**Wohlfahrtsfonds**

**Ansprechperson**  
Luger Christoph (DW 37)  
+43 (0)5572 21900 - 0

**Verzeichnis**

**Dornbirn, am**

**Wohlfahrtsfonds - Antrag auf Krankenunterstützung**

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Doktor!

Aufgrund Ihrer Krankmeldung erlaubt sich der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg Ihnen dieses Formular (siehe Rückseite) zu übermitteln und ersucht Sie, um Ihren Anspruch auf Krankenunterstützung zu wahren, dieses nach Beendigung Ihres Krankenstandes bzw., sollten Sie eine Akontierung wünschen, da Ihre Krankheit länger als vier Wochen dauert, **nach vier Wochen** ausgefüllt an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg zu senden.

Im Fall der Hausbehandlung wird die Krankenunterstützung bei einer Erkrankung von weniger als vier Wochen ab dem 4. Tag und beim Spitalaufenthalt (stationär) ohne Karenz berechnet.

**Grundsätzlich** ist Ihr Krankenstand **vom behandelnden Arzt** unter Angabe der Diagnose zu **bestätigen** (Bestätigung beilegen).

Nur für den Fall eines **Krankenhausaufenthaltes** ist eine **Aufenthaltsbestätigung** des Krankenhauses beizulegen.

Mit der Bitte um fristgerechte Erledigung verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Der Finanzreferent

Dr. Amann Ulrich

Die Vorsitzende des  
Verwaltungsausschusses  
MR Dr. Riedlinger Claudia e.h.

Der Präsident  
MR Dr. Jonas Michael e.h.

**Bitte wenden!**

\*Bitte Zutreffendes ankreuzen; vollständig ausfüllen; Bestätigungen beilegen\*

An den  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärztelammer für Vorarlberg  
Schulgasse 17  
6850 Dornbirn

### Antrag auf Krankenunterstützung

Als Mitglied des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg ersuche ich gemäß § 30 der Satzung des Wohlfahrtsfonds um Auszahlung der Krankenunterstützung auf nachstehendes Konto:

IBAN:  BIC:

Ich erkläre hiermit, seit dem Tag meiner Erkrankung, das ist der

bis einschließlich

**keinerlei** ärztliche Tätigkeit ausüben werde bzw. ausgeübt zu haben.  
Gleichzeitig erteile ich dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg die ausdrückliche Zustimmung, dass zwecks Überprüfung des von mir oben beantragten Zeitraums die diesbezüglichen Abrechnungsdaten bei der Kassenärztlichen Verrechnungsstelle der Ärztekammer für Vorarlberg eingeholt werden dürfen.

Meine Ordination wurde durch eine Vertretung weitergeführt:

(Name, Adresse, Beleg)

Meine Erkrankung bedurfte:  nur der häuslichen Pflege (Bestätigung liegt bei)

auch des stationären Krankenhausaufenthaltes für:  Tage; (**gilt erst ab 2 Tagen**; Bestätigung liegt bei)

Ich habe  (Anzahl) unversorgte(s) Kind(er) die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Liegt ein Fremdverschulden (insb. Unfall) vor:  ja  nein

Wenn ja, Name, Beruf, Anschrift und evt. Haftpflichtversicherung des Schädigers; bzw. an welches Gericht wurde Strafanzeige erstattet?

Bei Unfall - Schilderung des Unfallherganges: .....

.....

.....

.....

.....

.....

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift