



Mitglieds-Nr.:

Mitglied:

Anlage zum Rentenantrag vom: _____

Berufsausbildung der Antragstellerin/ des Antragstellers

(Diese Fragen beziehen sich nicht auf das zahn- bzw. tierärztliche Studium)

Bestand eine Berufsausbildung (z.B. Ausbildungsberuf, Fach-, Fachhochschul-, Hochschulstudium)?			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
vom – bis	erlernter Beruf	Prüfung bestanden?	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
vom – bis	erlernter Beruf	Prüfung bestanden?	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde eine Umschulung durchgeführt?		Erfolgreich beendet?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom – bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
ja		Umschulungsberuf, Kostenträger, Aktenz.	
Wurden weitere Qualifikationen in Ergänzung zur zahnärztlichen Ausbildung erworben?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom – bis		Erfolgreich beendet?	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Art der Ausbildung	
Besteht eine Doppelapprobation ?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom – bis		Erfolgreich beendet?	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		Fachrichtung	

Haben Sie außerhalb der Praxistätigkeit Beschäftigungen ausgeübt, bei der Sie Ihre zahn- bzw. tierärztliche Ausbildung überwiegend verwendet haben. Wenn ja, welche:

Beschäftigungsübersicht

Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit	Bezeichnung des Tarifvertrages Gehalts/Lohngruppe	aufgegeben wegen (z.B. Krankheit, Arbeitslosigkeit, Kündigung)

Selbständige Erwerbstätigkeit

Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?

Datum und Grund der Aufgabe (z.B. Rückgabe der Kassenzulassung, Abmeldung bei der KZV)	
<input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> im eigenen Betrieb bzw. im Betrieb eines Familienangehörigen <input type="checkbox"/> im sonstigen freien Beruf
Art und Umfang der aktiven Tätigkeit, ggf. Verwandtschaftsverhältnis, Größe des Betriebes	

Angaben von Arbeitsuchenden

(wenn zur Zeit weder eine Beschäftigung noch eine selbständige Beschäftigung ausgeübt wird)

Sind Sie beim Arbeitsamt als Arbeitsuchender gemeldet?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
seit	Arbeitsamt, Aktenzeichen

Das Arbeits- /Vermittlungsgesuch bezieht sich auf	
	Anzahl der Wochenstunden
<input type="checkbox"/> Ganztags- beschäftigung	<input type="checkbox"/> Teilzeit- beschäftigung

folgende Berufstätigkeiten:	

Begründung des Rentenanspruches

Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für berufsunfähig?	
seit	wegen

Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? (Art und Umfang – wie viel Stunden täglich?)	

Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig erkrankt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
seit	Name und Anschrift der Krankenkasse/Verw.-Stelle

Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
durch	anerkannt von welcher Stelle, Aktenzeichen

Ärztliche Behandlung

Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in **ambulanter** ärztlicher Behandlung?
(ggf. Zusatzblatt verwenden)

Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom – bis
Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom – bis
Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	Behandlung wegen	vom – bis

Waren Sie in den letzten Jahren in **stationärer** Krankenhausbehandlung?

Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station, Behandlung wegen		vom - bis
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

Ärztliche Untersuchungen

Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von der Krankenkasse (Med. Dienst)	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom Arbeitsamt	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom Gesundheitsamt	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen	am
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom Personal-oder Betriebsarzt (Name u. Anschrift AG,P.Nr.)		am
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom Versorgungsamt	Aktenzeichen	am
				Schwerbehindert? Grad der Behinderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Leistungen zur Teilhabe

Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilnahme am Arbeitsleben erbracht worden (z.B. Kur, Umschulung?)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ort	Kostenträger ,Aktenzeichen
			vom - bis
Sind zur Zeit solche Leistungen beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei welcher Stelle	Aktenzeichen
			beantragt am
Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von welcher Stelle	Aktenzeichen
			abgelehnt am

Sonstige Angaben

Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruches eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?		
Versicherungsträger	Aktenzeichen	Zeitpunkt der Untersuchung
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?		
Grund		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____

Erklärung und Information zum Rentenanspruch zur Feststellung von Berufsunfähigkeit

1. Einwilligungserklärung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, daß das Versorgungswerk der ZÄK Berlin von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Versorgungswerk der ZÄK Berlin umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

2. Versicherung der Antragstellerin/ des Antragstellers

Ich versichere, daß ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Berufsunfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt (§ 25 Abs. 1 der Satzung) noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafrechtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

Ich bestätige, daß ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers – nicht die des eventuellen Bevollmächtigten – erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers