

Antrag auf Genehmigung einer Freiwilligentätigkeit durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse für einen Versicherten, dessen Arbeitsunfähigkeit anerkannt ist



(Gesetz vom 3. Juli 2005, Abänderungsgesetz vom 19. Juli 2006)

Daten zur Person

Name: Vorname:
Straße: Hausnummer: Briefkasten: Index:
Postleitzahl: Ort: Land:
Tel.: E-Mail-Adresse:
Nummer des Nationalregisters:

Hierdurch bitte ich um Genehmigung einer freiwilligen Tätigkeit für die hier unten genannte Einrichtung auf der Grundlage der durch diese Einrichtung bereitgestellten Auskünfte:

Angaben zur Einrichtung, für welche die freiwillige Tätigkeit ausgeübt wird:

Name:
Straße und Nummer:
Postleitzahl und Ort:
Tel.: Handy:
E-Mail-Adresse:
Zweck der Organisation:

Angaben zu der Tätigkeit, für welche die vertrauensärztliche Genehmigung beantragt wird:

Zeitraum: unbefristet
 bereits bekannter und festgelegter Zeitraum vom bis zum
Beginn der Tätigkeit
Wichtig: Art der freiwillig ausgeübten Tätigkeit
.....

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Die Einrichtung zahlt keinerlei Entschädigung für die freiwillige Tätigkeit.
- Die Einrichtung zahlt eine Pauschalentschädigung (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Höchstbeträge).
- Die Organisation zahlt eine Kostenpauschale (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Höchstgrenzen) mit Erstattung der tatsächlichen Reisekosten (für maximal 2000 Kilometer pro Jahr, es sei denn, die Tätigkeit betrifft die regelmäßige Personenbeförderung)
- Die Einrichtung erstattet lediglich die tatsächlichen Auslagen auf der Grundlage der eingereichten Belege.
- Naturalleistung: (Bsp. Mahlzeiten, Büchergutscheine, Busfahrkarten, ?)
- Andere Regelung (bitte beschreiben):

Durch meine Unterschrift
bestätige ich meinen
Antrag.

Antrag auf Genehmigung einer Freiwilligentätigkeit durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse für einen Versicherten, dessen Arbeitsunfähigkeit anerkannt ist



Gelesen und genehmigt:

Datum:

Name und Unterschrift des freiwillig Tätigen: