



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

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)

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

Auskünfte: Daten zur Person

Name: Vorname:

Straße: Hausnummer: Briefkasten: Index:

Postleitzahl: Ort: Land:

Tel.: Handy: E-Mail-Adresse:

Nummer des Nationalregisters: -

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

Name: Vorname:

Straße: Hausnummer: Briefkasten: Index:

Postleitzahl: Ort: Land:

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 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.

Gelesen und genehmigt

Datum: - -

Name und Unterschrift des freiwillig. Tätigen: