

# Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente

Mitgliedsnummer:

## I. ANGABEN ZUR PERSON:

Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verpartnert  
 geschieden  verwitwet

Tätigkeit:  selbständig  angestellt  oder: \_\_\_\_\_

Meine Zulassung als Rechtsanwalt / Rechtsanwältin

- habe ich bereits zurückgegeben.
- werde ich zum \_\_\_\_\_ zurückgeben.

Meine Zulassung als Syndikusrechtsanwältin / Syndikusrechtsanwalt

- habe ich bereits zurückgegeben.
- werde ich zum \_\_\_\_\_ zurückgeben.

Steuerliche Identifikationsnummer:

Wir weisen darauf hin, dass wir gemäß § 22a EStG Rentenbezüge der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden haben. Den Leistungsempfänger hat der Gesetzgeber verpflichtet, seine Identifikationsnummer mitzuteilen (§§ 22a Abs. 3 EStG).

Bestehen Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art (z.B. aus Verkehrsunfall) gegen Dritte?

ja     nein

Wenn ja:

Name und Anschrift des / der Dritten:

---

---

---

## II. ANGABEN ZUR MEDIZINISCHEN BERUFSUNFÄHIGKEIT:

Bitte ärztliches Zeugnis und sonstige medizinische Unterlagen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand geben, beifügen:

Befundbericht/ärztliches Zeugnis     liegt bei     wird nachgereicht

## III. ANGABEN ZUM KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS:

1. Sind Sie gesetzlich kranken- und pflegeversichert?

ja     nein

Wenn ja:

Name und Anschrift Ihrer Kranken-/Pflegekasse:

---

---

---

Sozialversicherungsnummer:

Wir sind gemäß § 202 SGB V verpflichtet, das Krankenversicherungsverhältnis unserer Rentenbezieher zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. § 50 SGB XI haben Rentempfänger Ihre Kranken-/Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.

2. Erhalten Sie Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung?

- ja       nein       beantragt

Wenn ja: Bitte Leistungsbescheid beifügen

3. Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

- ja       nein

4. Haben Sie Kinder?

- ja       nein

Wenn ja: Wie viele Kinder unter 25 Jahren? \_\_\_\_\_

Die Geburtsurkunde/n des Kindes / sämtlicher Kinder füge ich bei.

Wir weisen darauf hin, dass wir die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken-/Pflegekasse weitermelden müssen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk der Beitragsabzug vorzunehmen!

#### **IV. BERUFLICHE TÄTIGKEIT IM AUSLAND**

- Ich war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und habe mich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten.
- Ich habe Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, des EWR oder der Schweiz eingezahlt.  
Mir ist bekannt, dass mein Antrag europaweite Wirkung entfaltet, Art. 50 Abs. 1 VO (EG) 883/2004, mit der Folge, dass in allen zu beteiligenden Mitgliedstaaten das Renteneinweisungsverfahren mit demselben Antragsverfahren eingeleitet wird.
- Ich schränke diese Wirkung ausdrücklich ein und beantrage, die Feststellung der nach den Rechtsvorschriften anderer Mitgliedsstaaten erworbenen Ansprüche auf Leistung bei Alter aufzuschieben.

Dies gilt für folgende konkrete Mitgliedsstaaten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**VIII. VOLLMACHT:**

In Kenntnis der Tatsache, dass der Anspruch auf Rente satzungsgemäß bis zum Ablauf des Monats, in dem ich sterbe oder das Versorgungswerk den Bewilligungsbescheid widerruft oder bis zu dem Rente auf Zeit bewilligt worden ist, besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin  
Walter-Benjamin-Platz 6  
10629 Berlin,

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind.

Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen. § 118 Abs. 3 bis 4a SGB VI gilt entsprechend.

**IX.** Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

# Ärztliches Zeugnis zur Feststellung der Berufsunfähigkeit

Name des Mitgliedes: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: 

--	--	--	--	--	--	--

## I. AUSKÜNFTE DES ARZTES

1.
  - a. Wann und wo wurde der/die Antragsteller/in untersucht? \_\_\_\_\_
  - b. Seit wann ist Ihnen das Mitglied bekannt? \_\_\_\_\_
2. Haben Sie es schon früher untersucht oder behandelt? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, wann und wegen welcher Erkrankungen oder Verletzungen? \_\_\_\_\_
3. Sind Sie mit ihr/ihm verwandt oder verschwägert? \_\_\_\_\_

## II. ERKLÄRUNG VOR DEM ARZT

(bitte jede Frage einzeln stellen, ausfüllen, keine übergehen oder mit Strichen oder Zeichen erledigen).

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?	Seit wann?
1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? (Das bei den <b>Einzelangaben Zutreffende bitte</b> unterstreichen und rechts erläutern.)				
a. des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?	Seit wann?
b. der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen- (Brust)fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. der Harn- oder Geschlechtsorgane, z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen? Suizidversuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe?  Dioptrienzahl? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. der Ohren, z.B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes, Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?	Seit wann?
j. Geschwülste (Tumore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k. der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäure, der Bandscheiben; Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l. akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z.B. Malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
m. sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
n. Bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.				
a. Sind Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Nehmen oder nahmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder andere Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.				
a. Haben sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?  Welcher Art?  Welche Folgen bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?	Seit wann?
b. Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension? ⇒ Weshalb? ⇒ Von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.				
a. Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Sind sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.				
a. Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonographie untersucht? ⇒ Ergebnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen? ⇒ Ergebnis? Falls vorhanden, bitte EKG-Streifen und Befundbericht einsenden!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.				
a. Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Mitglied)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Untersucher)

### III. UNTERSUCHUNGSBEFUND

(falls der Platz nicht ausreichen sollte, bitte Ergänzungen auf letzter Seite)

<p>1. Gewicht ohne Kleidung: _____ kg</p> <p>Größe ohne Schuhe: _____ cm</p>	
	<b>Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?</b>
<p>2. Skelett und Bewegungsapparat:</p>	
<p>3. Haut und Schleimhäute:</p>	
<p>4. Sinnesorgane:</p>	
<p>5. Nervensystem (Pupillenreaktion, Patellar- und Achillessehnenreflex, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflex, Romberg):</p>	
<p>6. Psyche:</p>	
<p>7. Hormonsystem (insbesondere die Schilddrüse):</p>	
<p>8. Herz- und Kreislauf</p>	
<p>⇒ Herzspitzenstoß:</p>	
<p>⇒ Herztöne:</p>	
<p>⇒ Geräusche:</p>	
<p>⇒ Besteht eine Arrhythmie?:</p>	
<p>⇒ Insuffizienz?:</p>	
<p>⇒ Krampfadern (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)?:</p>	
<p>⇒ sonstige Veränderungen des Herz- und Kreislaufsystems:</p>	

<p>⇒ Blutdruck und Pulsfrequenz:</p>	<p>Pulsschlag je Minute</p>	<p>Blutdruck</p>	<p>in mm Hg</p>
	<p>in Ruhe</p>	<p>systol.</p>	<p>diast.</p>
	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<b>Welche krankhaften Veränderungen liegen vor?</b>			
<p>9. Atmungsorgane:</p> <p>10. Verdauungsorgane/Bauchorgane:</p> <p>    Leber: auffällig?</p> <p>11. Harn- und Geschlechtsorgane</p> <p>    ⇒ Beschaffenheit der Nierenlager:</p> <p>    ⇒ Harnuntersuchung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Eiweiß?</li> <li>•Zucker?</li> <li>•Ist das Urobilinogen vermehrt?</li> <li>•Sedimentbefund:</li> </ul>			
<b>Befunde beifügen</b>			
<p>12. Blutuntersuchung</p> <p>    ⇒ Blutbild und Differentialblutbild:</p> <p>    ⇒ GT, GOT, GPT, BZ, Kreatinin</p> <p>13. Weitere und bisher nicht angegebene Befunde:</p> <p>14. Krankheitsbezeichnung:</p>			

#### IV. BEURTEILUNG

Beachten Sie bitte den speziellen Berufsunfähigkeitsbegriff nach § 18 Absatz 1 der Satzung: „Ein Mitglied, das wegen Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte oder Sucht auf Zeit oder voraussichtlich auf Dauer nicht mehr in der Lage ist, aus anwaltlicher Tätigkeit mehr als nur unwesentliche Einkünfte zu erzielen, erhält Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit oder auf Dauer.

Dieser Berufsunfähigkeitsbegriff ist anders als der Ihnen möglicherweise bekannte Berufsunfähigkeitsbegriff für die allgemeine Rentenversicherung. Als Maßstab für die Ausübung des Anwaltsberufes genügen die Mindestanforderungen, nämlich die normale durchschnittliche anwaltliche Berufstätigkeit, auch Teilzeittätigkeit.

Ein Anwalt ist nicht schon dann berufsunfähig, wenn er seine bisher ausgeübte anwaltliche Tätigkeit nicht fortsetzen kann. Jedwede auf Erwerbstätigkeit gerichtete anwaltliche Tätigkeit aus dem gesamten Spektrum des Berufsbildes darf nicht mehr möglich sein.

<p>Auswirkungen der festgestellten Leiden auf die Leistungsfähigkeit des Antragstellers im Einzelnen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie lange ist dem Antragsteller konzentriertes Arbeiten am Tag möglich?</li> <li>2. Kann der Antragsteller noch in freier Rede auftreten?</li> <li>3. Kann der Antragsteller aus Gesprächen mit Mandanten oder Vertretern anderer Parteien Interessen und Sachverhalte erkunden, um sinnvoll zu beraten oder Lösungsvorschläge zu erarbeiten?</li> <li>4. Kann der Antragsteller in Auswertung und Zusammenführung von Unterlagen oder Gehörtem Schriftsätze fertigen? Ggf. mit welchem Aufwand?</li> <li>5. Ist er in der Lage, Gerichtssäle oder sonstige Verhandlungs- und Beratungsorte zu erreichen?</li> </ol>	
--	--



6. Ist der Antragsteller in der Lage, Gerichtsverhandlungen oder sonstigen Verhandlungen über einen längeren Zeitraum zu folgen?
- a. Reicht das verbliebene Leistungsvermögen noch für die volle Arbeitszeit aus?
- Falls nein:  
Gilt diese Einschränkung für
- die tägliche Arbeitszeit,
  - die wöchentliche Arbeitszeit?
- b. Aus welchen gesundheitlichen Gründen muss die tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit eingeschränkt werden?
- Auf wie viel Stunden bzw. Tage?
- Gilt dies für alle noch für möglich gehaltenen Aspekte anwaltlicher Tätigkeit?
7. Seit wann liegen die von Ihnen festgestellten Beeinträchtigungen vor?
8. Um welchen Vomhundertsatz ist ab welchem Zeitpunkt beim Untersuchten die Fähigkeit zur Ausübung anwaltlicher Tätigkeit eingeschränkt?

\_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_  
**Bitte unbedingt ausfüllen**

<p>9. Besteht Aussicht, dass die Untersuchte/der Untersuchte für anwaltliche Tätigkeit wieder fähig wird?</p> <p>10. Ist zur Feststellung des Leistungsvermögens ein weiteres Gutachten (ggf. auf welchem Fachgebiet) erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>
---	---

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Untersuchers

**Stempel**

**Raum für ergänzende Ausführungen:**