

Name, Vorname
Anschrift
Personalnummer

Datum
-------

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

## Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung am Wohnort/in Wohnnähe

Zentrale Bezügestelle  
des Landes Brandenburg  
Postfach 15 60 21  
03060 Cottbus

1. Ich beantrage die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer ambulanten Rehabilitation in folgender Rehabilitationseinrichtung/Therapiezentrum:

für mich selbst geb.:	für meinen Ehegatten	geb.:
für mein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind		geb.:

2. Die ambulante Rehabilitation soll am \_\_\_\_\_ begonnen werden.  
Wann wurde die letzte als beihilfefähig anerkannte ambulante Rehabilitation durchgeführt?  
Bitte genaues Datum angeben:

3. Der Tagessatz der o. g. Rehabilitationseinrichtung beträgt: \_\_\_\_\_ EUR  
Die Entfernung zur o. g. Rehabilitationseinrichtung beträgt: \_\_\_\_\_ km

4. Die Fahrt zur o. g. Rehabilitationseinrichtung erfolgt:  
mit eigenem PKW  
mit öffentlichen Verkehrsmitteln  
Sonstiges \_\_\_\_\_ Kosten \_\_\_\_\_ EUR

5. Steht die ambulante Rehabilitation im Zusammenhang mit einem Dienstunfall als Beamtin/er?

Nein

Ja, Datum des Dienstunfalles:

Der Dienstunfall wurde angezeigt, aber noch nicht mit schriftlichem Bescheid anerkannt.

Der Dienstunfall wurde mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ anerkannt.

Das Ereignis wurde nicht als Dienstunfall anerkannt, sondern abgelehnt.

Gegen die Ablehnung habe ich Widerspruch eingelegt.

Gegen die Ablehnung habe ich **k e i n e n** Widerspruch eingelegt.

Anlage  
Ärztliche Verordnung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Beihilfeberechtigten