Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!
Zentrale Bezügestelle des Landes Brandenburg
- Beihilfe -
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

| Angaben zur beihilfeberechtigten Person: |
|---|
| ZBB-Personalnummer |
| Name, Vorname |
| Geburtsdatum |
| E-Mail |
| Telefon |

# Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsbehandlung, Mutter/Vater-Kind-Kur oder ambulanten Rehabilitation (Heilkur) und auf Gewährung einer Abschlagszahlung

1. Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit

☐ einer stationären Rehabilitation in folgender Rehabilitationsklinik

☐ für mich selbst ☐ für meinen Ehegatten geb.:

☐ für mein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind geb.:

☐ Begleitperson für das Kind erforderlich
(Name, Vorname)

☐ einer Mutter/Vater-Kind-Kur in folgender Mutter bzw. Vater-Kind Rehabilitationsklinik

☐ für mich selbst ☐ für meinen Ehegatten geb.:

☐ für mein im Familienzuschlag berücksichtigungsfähiges Kind geb.:

☐ als gesundes Begleitkind

☐ als behandlungsbedürftiges Kind

☐ einer ambulanten Rehabilitation (Heilkur) mit selbst beschaffter Übernachtung in folgendem Heilkurort

für mich selbst

2. Angaben zur Person des Erkrankten:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Wurde bereits ein Antrag bei einem gesetzlichen Kostenträger gestellt? (z. B. Rentenversicherung, Unfallversicherung) | ☐ nein | ☐ ja | (in diesem Falle bitte den ablehnenden Bescheid beifügen) |
| Besteht ein Versicherungsverhältnis bei einer Gesetzlichen Krankenkasse? | ☐ nein | ☐ ja | |
| Besteht eine private Krankenversicherung? | ☐ nein | ☐ ja | |
| Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a EStG) des Ehegatten 20.000 Euro? | ☐ nein | ☐ ja | (nur ausfüllen bei Aufwendungen für den Ehegatten) |

Die Rehabilitation/Kur soll am angetreten werden.

Wann wurde die letzte Rehabilitation/Kur durchgeführt?
(Monat/Jahr)

3. Wird die Rehabilitation ausschließlich aufgrund einer als Dienstunfall anerkannten Verletzung/Erkrankung beantragt?

☐ Nein

☐ Ja, Datum des Dienstunfalles:

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

☐ Der Dienstunfall wurde mit Bescheid vom anerkannt (Bescheid bitte beifügen).

☐ 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.

4. Ich bitte, mir auf die zu erwartende Beihilfe - frühestens 4 Wochen vor Antritt der Rehabilitation - einen Abschlag

in Höhe von Euro zu gewähren.

Voraussichtlich zu erwartende Kosten:

Niedrigster Pflegesatz für
Unterkunft und Verpflegung Tage a Euro = **0,00** Euro

Hinweis: Nach Terminbestätigung der Reha-Einrichtung bitte ca. 4 Wochen vor Beginn der Maßnahme den Abschlag anfordern.

Ich bitte, den Abschlag auf das folgende Konto zu überweisen:

IBAN D E

BIC

Bankinstitut:

Einverständniserklärung

Ich ermächtige hiermit die Beihilfestelle für die geplante Rehabilitation unter Weitergabe der erforderlichen Daten an den Amts- oder Vertrauensarzt ein entsprechendes Gutachten einzuholen.

Anlagen

☐ Bescheinigung des behandelnden Arztes

☐ Nachweis der Rehabilitationseinrichtung über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB und den nach SGB V vereinbarten Pauschalpflegesatz bzw. den niedrigsten Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung

☐ Nachweis der Mutter bzw. Vater-Kind Rehabilitationseinrichtung über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V und den nach SGB V vereinbarten Pauschalpflegesatz

**Handschriftliche Unterschrift erforderlich**

Datum, Unterschrift des Beihilfeberechtigten

Drucken Alle Eintragungen löschen