

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

Angaben zur beihilfeberechtigten Person:	
ZBB-Personalnummer	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

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? 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 = _____ 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.

Anlage

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Anerkennung einer Rehabilitationsmaßnahme, Mutter/Vater-Kind-Kur, ambulanten Rehabilitation (Heilkur)

Datum, Unterschrift des Beihilfeberechtigten



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	_____

Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Anerkennung einer

- stationären** Rehabilitationsmaßnahme
- Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme**
- ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (Heilkur)**

Behandelte Person: _____, geboren am: _____

1. Medizinische Notwendigkeit

Welche rehabilitationsrelevanten Diagnosen liegen vor?
(Reihenfolge entsprechend der Behandlungsdringlichkeit, ggf. separates Blatt verwenden)

_____	(ICD-10-GM _____)	seit: _____
_____	(ICD-10-GM _____)	seit: _____
_____	(ICD-10-GM _____)	seit: _____

Angaben zum Krankheitsverlauf und den Funktionseinschränkungen (ggf. separates Blatt):



Bisherige Behandlung zur rehabilitationsrelevanten Indikation, z. B. Krankenhaus, Heilbehandlung, Hilfsmittel oder Medikation (ggf. separates Blatt):

Sonstige rehabilitationsrelevante Faktoren der zu behandelnden Person, z. B. soziales Umfeld, psychische Kontextfaktoren (ggf. separates Blatt):

Gründe, warum eine ambulante Behandlung am Wohnort oder in einem anerkannten Heilbad oder Kurort nicht ausreicht bzw. kein gleichwertiger Erfolg erzielt werden kann (ggf. separates Blatt):

2. Rehabilitationseinrichtung

Die Rehabilitationsmaßnahme soll in folgender Einrichtung stattfinden (ggf. Alternative):

Angaben zur Geeignetheit der Einrichtung (vertraglicher Behandlungsschwerpunkt):

Die Einrichtung verfügt über einen Vertrag nach

- § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V bei stationärer Rehabilitation
- § 111a SGB V bei Mutter/Vater-Kind-Rehabilitation



3. Sonstige Angaben

Pflegt die Beamtin bzw. der Beamte eine Angehörige bzw. einen Angehörigen?

nein ja

Ist die Benutzung eines Taxis für eine Reise zwischen Wohnort und der Einrichtung medizinisch notwendig?

nein
 ja, für Anreise An- und Abreise

Begründung: _____

Ist eine Begleitung der zu behandelnden Person medizinisch notwendig?

nein
 ja, Begründung: _____

Ist die Rehabilitationsmaßnahme trotz einer Wartezeit von 4 Jahren in einem kürzeren Zeitabstand dringend medizinisch notwendig?

nein
 ja, Begründung: _____

Hinweis:

Aufwendungen zur medizinischen Rehabilitation sind entsprechend der §§ 35 und 36 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) nur beihilfefähig, wenn diese medizinisch notwendig sind. Die Rehabilitationsmaßnahme muss vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Die Anerkennung kann nur erfolgen, sofern die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist und eine ambulante ärztliche Behandlung sowie die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort oder Heilbad bzw. Kurort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll mit dieser Bescheinigung die Voraussetzungen bestätigen. Soweit im Einzelfall weitere Angaben für die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit wichtig sind, können diese als Anlage beigefügt werden.

Die Beihilfestelle behält sich vor, Rückfragen zu stellen und ggf. eine gutachterliche Bewertung zu beauftragen. Diese Bescheinigung ist nicht notwendig, sofern bereits im Rahmen der Pflegebegutachtung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme für die Person befürwortet wurde.

Für die Bescheinigung, einschließlich der Fertigung von Kopien relevanter Befunde oder Berichte, ist die GOÄ-Ziffer 75 berechnungs- und beihilfefähig. Soweit darüber hinaus ein Patientengespräch stattfinden muss, ist die GOÄ-Ziffer 1 zusätzlich berechnungs- und beihilfefähig.

Von der Beihilfestelle nicht verlangte Leistungen sind nicht beihilfefähig (z. B. eine Bescheinigung trotz vorliegendem Pflegegutachten).

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Praxisstempel

