

Antragsteller/in (Beihilfeberechtigte/r)

Name, Vorname geb. am Beihilfenummer

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Norddeutsche Kirchliche
Versorgungskasse (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563

30045 Hannover



Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für

.....
Name, Vorname geb. am

Für die stationäre Rehabilitationsmaßnahme ja nein
stehen mir (unabhängig von der Beihilfe) aufgrund von Rechtsvorschriften
(z. B. SGB, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz,
Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglicher Regelungen
Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung zu

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme ja nein
ist infolge eines Unfallschadens erforderlich

Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine beihilfefähig anerkannte ja nein
Rehabilitationsmaßnahme (-außer Anschlussheilbehandlung-) oder
Mütter-/Väter-Reha oder Mutter-Kind/ Vater-Kind-Reha durchgeführt?

Wenn ja,

vombis

Die hiermit beantragte stationäre Rehabilitationsmaßnahme soll durchgeführt werden

vombis

Bezeichnung der Rehabilitationseinrichtung

Name Ort

(Bitte fügen Sie dem Antrag einen Nachweis darüber bei, dass es sich um eine anerkannte Einrichtung handelt, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt.)

Den von meinem behandelnden Arzt ausgefüllten Vordruck „Ärztliche Bescheinigung“ füge ich in bei. Mit der ggf. Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden. Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Etwa sich ergebene Änderungen werde ich der Beihilfefestsetzungsstelle unverzüglich mitteilen.

Datum	Unterschrift Beihilfeberechtigter	Unterschrift der volljährigen Person, für die der Antrag gestellt wird (wenn nicht identisch mit dem Beihilfeberechtigten)
-------	-----------------------------------	--

**Bescheinigung der behandelnden
Ärztin oder des behandelnden Arztes**

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die
Hinweise auf der Folgeseite!



**Anlage zum Antrag auf Anerkennung der
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für
eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme**

Name, Vorname der Patientin oder des Patienten	
Die vorbezeichnete Person <input type="checkbox"/> wurde von mir ärztlich untersucht <input type="checkbox"/> steht in meiner ärztlichen Behandlung seit _____	
Beschwerden:	
Diagnosen:	
Bisherige Behandlungen (Dauer und Erfolg, ambulant, stationär)	
Da die bisher eingesetzten therapeutischen Mittel am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mehr bieten, ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme <u>medizinisch dringend notwendig und erfolgversprechend</u> für eine Dauer von _____ Tagen	
Die Maßnahme soll durchgeführt werden in der geeigneten Einrichtung (Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung)	
Ist wegen der Schwere der Erkrankung eine Begleitung während der Fahrten zur bzw. von der Behandlungsstätte erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist für die Durchführung der stationären Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson für den Erfolg der Behandlung zwingend erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Begründung:	
<i>(Wenn ja, ist für das Erfordernis einer Begleitperson auch eine Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung vorzulegen, dass für eine erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist.)</i>	

Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Mütter-/Väter-Reha oder Mutter-Kind/ Vater-Kind-Reha durchgeführt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Begründung für die vorzeitige Durchführung der stationären Reha			
.....			
.....			
.....			

Es wird ausdrücklich bescheinigt, dass die stationäre-Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist, nicht durch eine andere Behandlung/ Heilmaßnahme (am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich) mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann und die Einrichtung, in der die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll, geeignet ist.

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes
------------	--

Hinweise für die begutachtende Ärztin oder den begutachtenden Arzt:

- Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist in geeigneten Krankenhäusern oder Einrichtungen durchzuführen, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen.
- Die Rehabilitationsmaßnahme muss vor Beginn ärztlich verordnet werden und ist grundsätzlich auf höchstens 21 Tage (ohne An- und Abreise) begrenzt. Eine Verlängerung ist möglich, wenn sie aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme ist eine Anerkennung der Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme durch die Beihilfefestsetzungsstelle erforderlich.
- Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn nach Durchführung der letzten als beihilfefähig anerkannten Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 NBhVO (ausgenommen der Anschlussrehabilitation) vier Jahre vergangen sind. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.