

Beihilfenummer	Name, Vorname, der/des Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
----------------	---	--------------

**Norddeutsche Kirchliche
Versorgungskasse (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563
30045 Hannover**



**Antrag auf Anerkennung der
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für
eine medizinische
Rehabilitationsmaßnahme oder eine
medizinische Vorsorgeleistung für Mütter /
Väter auch in Form einer Mutter-Kind- oder
Vater-Kind-Maßnahme (§ 29 Abs. 1 Nr. 3
NBhVO, § 38 Abs. 6 NBhVO)**

1. Die Maßnahme wird beantragt für:			
Name des Elternteils	Vorname	Geburtsdatum	
Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind

2. Die Maßnahme soll in folgender Einrichtung durchgeführt werden:
Name und Anschrift
Aufwendungen für eine med. Rehabilitationsmaßnahme oder eine med. Vorsorgeleistung für Mütter und Väter oder Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme sind nur beihilfefähig, wenn sie in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung durchgeführt werden. Bitte fügen Sie einen Nachweis hierüber bei.

3. Ergänzende Angaben	
a) Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte medizinische Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) oder medizinische Vorsorgeleistung für Mütter-/ Väter auch in Form einer Mutter-Kind/Vater-Kind-Maßnahme durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja: Ist nach ärztlicher Bescheinigung aus medizinischen Gründen die vorzeitige Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme / Vorsorgeleistung dringend erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Ist im Zusammenhang mit der Rehabilitationsmaßnahme / Vorsorgeleistung eine Begleitperson erforderlich (z. B. wegen Schwerbehinderung)? <i>Das Erfordernis einer Begleitperson aus medizinischen Gründen ist durch eine Bestätigung des Arztes oder der Rehabilitations-/Vorsorge-Einrichtung nachzuweisen.</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Besteht zu den entstehenden Aufwendungen ein Erstattungsanspruch aufgrund gesetzlicher Vorschriften, Heilfürsorge, Krankenhilfe, etc.? <i>Als gesetzliche Vorschriften kommen z. B. in Betracht: SGB V, VI, Knappschaftsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, BGB. Wenn ja, bitte zu gegebener Zeit Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheid vorlegen.</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind. Die Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes liegt bei. Mit der eventl. Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden

Datum	Unterschrift der/ des Beihilfeberechtigten	Unterschrift des volljährigen Familienangehörigen, für den der Antrag gestellt wird
-------	--	---



Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes

Anlage zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder eine medizinische Vorsorgeleistung für Mütter / Väter auch in Form einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme (§ 29 Abs. 1 Nr. 3 NBhVO; § 38 Abs. 6 NBhVO)

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die Hinweise auf Seite 2!

Elternteil	Name, Vorname, Geburtsdatum
Kind 1	Name, Vorname, Geburtsdatum <hr/> <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Kind 2	Name, Vorname, Geburtsdatum <hr/> <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Kind 3	Name, Vorname, Geburtsdatum <hr/> <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind

Die vorbezeichneten Personen wurden von mir ärztlich untersucht am _____

stehen bei mir in ärztlicher Behandlung seit _____

	Beschwerden/ Diagnosen
Elternteil	_____
Kind 1	_____
Kind 2	_____
Kind 3	_____
	Bisherige Behandlungen (Dauer und Erfolge, ambulant/stationär)
Elternteil	_____
Kind 1	_____
Kind 2	_____
Kind 3	_____

Folgende Rehabilitationsmaßnahme oder Vorsorgeleistung ist medizinisch notwendig, da eine ambulante ärztliche Behandlung und eine Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln am Wohnort oder wohnortnah nicht ausreichen:

- Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme oder -Vorsorgeleistung für _____ Tage
 Mutter- oder Vater-Rehabilitationsmaßnahme oder -Vorsorgeleistung (ohne Kinder) für _____ Tage

Die Maßnahme soll durchgeführt werden in der geeigneten Einrichtung (Name und Anschrift der Einrichtung)

Nur auszufüllen bei einer Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Maßnahme, wenn das Begleitkind / die Begleitkinder nicht behandlungsbedürftig ist / sind:

Die Begleitung des Kindes / der Kinder ist für den Erfolg der Maßnahme erforderlich ja nein

Wenn ja, Begründung

Ist im Zusammenhang mit der Maßnahme aus medizinischen Gründen eine Begleitperson erforderlich?

ja nein

Wenn ja, Begründung

Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte medizinische Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) oder medizinische Vorsorgeleistung für Mütter-/Väter oder eine Mutter-Kind-/Vater-Kind Maßnahme durchgeführt? ja nein

Wenn ja, Begründung für die vorzeitige Durchführung der Maßnahme:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Hinweise zu Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder eine medizinische Vorsorgeleistung für Mütter / Väter auch in Form einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme:

- Die Maßnahme ist in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung durchzuführen.
- Die Maßnahme muss vor Beginn ärztlich verordnet werden und ist auf höchstens 21 Tage (ohne An- und Abreise) begrenzt. Eine Verlängerung ist nicht beihilfefähig.
- Vor Beginn der Maßnahme ist eine Anerkennung der Notwendigkeit der Maßnahme durch die Beihilfefeststellungsstelle erforderlich. Die Maßnahme muss innerhalb von vier Monaten nach dem Datum der Anerkennung beginnen. Die Antragstellung sollte daher rechtzeitig aber nicht früher als vier Monate vor dem beabsichtigten Beginn der Maßnahme erfolgen.
- Die Aufwendungen sind im Rahmen der NBhVO nur beihilfefähig, wenn nach Durchführung der letzten als beihilfefähig anerkannten entsprechenden Rehabilitationsmaßnahme (ausgenommen der Anschlussrehabilitation) oder entsprechenden Vorsorgeleistung vier Jahre vergangen sind. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der Maßnahme vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Wenn allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme. In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für das Kind zu beantragen.