

Prüfung der Beihilfefähigkeit einer Reha-Maßnahme

BERLIN



- **Hinweise: Bitte keine Rechnungen einreichen.** Eine Rücksendung der Unterlagen erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
- Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

Beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
Landesverwaltungsamt Berlin Beihilfeservice - BS - 10702 Berlin	eMail-Adresse (Angabe freiwillig)	
	Dienst- / Wohnanschrift	

Personalkennzeichen

Datum

(TT.MM.JJJJ)

Hiermit bitte ich um Prüfung für die zu behandelnde Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum

ggf. weitere Personen

behandlungsbedürftig

Ja Nein

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ja Nein

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ja Nein

Name, Vorname, Geburtsdatum

Die ärztliche/n Bescheinigung/en über die Notwendigkeit dieser Maßnahme ist/sind beizufügen.

einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme
einer Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
einer Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

Die Maßnahme steht in einem Zusammenhang mit einem Dienstunfall

geplanter Beginn der Maßnahme (Datum)

Name des Heilbades oder Kurortes/ der Einrichtung (Name, Anschrift)

(Bei Mutter-/Vater-Kind-Maßn. oder stat. Reha.: Eine Bestätigung der Einrichtung über das Vorliegen eines Versorgungsvertrages nach §111(2)S.1 SGB V bzw. §111a SGB V ist beizufügen (ein Vordruck für diese Bestätigung ist auf der letzten Seite dieses Antrags beigegefügt).

Amtsärztliches Gutachten/Empfehlung der Pflegekasse zur Reha-Maßnahme:

liegt nicht vor

liegt vor und eine Kopie des Gutachtens / der Empfehlung ist beigegefügt

Termin zur Untersuchung ist bekannt. Am (Datum)

bitte zusätzlich ausfüllen, wenn die Person ein Kind ist, welches das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat:

Name des Kindes

<p>Kind geht weder zur Schule noch in eine Kindertagesstätte</p> <p>Name und Anschrift der Schule/ Kindertagesstätte</p> <p>sofern bekannt: Anschrift des zuständigen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD)</p>								
<p>ggf. weiteres Kind</p> <p>Name des Kindes</p> <p>Kind geht weder zur Schule noch in eine Kindertagesstätte</p> <p>Name und Anschrift der Schule/ Kindertagesstätte</p> <p>sofern bekannt: Anschrift des zuständigen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD)</p>								
<p>Begleitperson</p> <p>Aufwendungen einer Begleitperson sind <u>beihilfefähig</u>, wenn aus medizinischen Gründen eine Mitaufnahme der Begleitperson erforderlich ist (ärztliche Bescheinigung ist beigefügt).</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Ehegatte</td> <td style="width: 25%;">Lebenspartner</td> <td style="width: 25%;">Kind/ er</td> <td style="width: 25%; text-align: right;">(Name, Geb.Datum)</td> </tr> <tr> <td>andere Person</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">(Name, Vorname, Geburtsdatum)</td> </tr> </table>	Ehegatte	Lebenspartner	Kind/ er	(Name, Geb.Datum)	andere Person			(Name, Vorname, Geburtsdatum)
Ehegatte	Lebenspartner	Kind/ er	(Name, Geb.Datum)					
andere Person			(Name, Vorname, Geburtsdatum)					

Die Beihilfefähigkeit richtet sich nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten. Das Gutachten wird von der Beihilfenstelle im Rahmen des Antragsverfahrens veranlasst (§ 35 Landesbeihilfeverordnung -LBhVO-).

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.	
<p>Die genannte Maßnahme beruht weder auf einem anerkannten Versorgungsleiden noch auf einem Unfall. Hierbei wird kein naher Angehöriger als Arzt oder in anderer Form gegen Entgelt persönlich tätig werden. Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten können nicht geltend gemacht werden. Ich versichere, dass die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten der Rehabilitationsmaßnahme bzw. die Beihilfe für diese Maßnahme bei keiner anderen Behörde bzw. öffentlichen Dienststelle beantragt wurde.</p>	
Unterschrift	
Datum	

Ergänzende Informationen

Amts- und vertrauensärztliche Gutachten, die im Rahmen des beihilferechtlichen Bewilligungsverfahrens für eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme eingeholt werden müssen, werden auf Basis der von Ihnen eingereichten Unterlagen erstellt. Eine persönliche Vorstellung beim Gutachter erfolgt in den meisten Fällen nicht, es erfolgt verstärkt eine Prüfung nach Aktenlage durch die Gutachtenstelle.

Achten Sie daher auf eine aussagefähige ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/Verordnung.

Zur Vereinfachung und zur Unterstützung einer beschleunigten Bearbeitung hat die Zentrale Medizinische Gutachtenstelle (ZMGA) beim Landesamt für Gesundheit und Soziales den nachfolgenden Vordruck für eine ärztliche Bescheinigung zusammengestellt. **Der Vordruck ist für jede behandlungsbedürftige Person auszufüllen.** Bei Verwendung des Vordrucks der ZMGA können voraussichtlich Rück- und Nachfragen reduziert und Entscheidungen schneller getroffen werden.

Die Beihilfestelle hat keinen Einfluss auf die Dauer des Gutachterverfahrens, unterstützt aber mit der Veröffentlichung des anliegenden Vordrucks gerne die ZMGA. Bitte fügen Sie diese ausgefüllte ärztliche Bescheinigung zusammen mit den anderen aussagefähigen ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigungen und ggf. einer vorhandenen Verordnung in einem verschlossenen Umschlag Ihrem Antrag an die Beihilfestelle zur Bewilligung einer Reha-Maßnahme bei.

Ärztliche Bescheinigung zu beantragten Reha-Maßnahme

stationäre Reha	ambulante Reha	Mu-Ki-/Va-Ki-Reha
Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
Anschrift		
Art der beruflichen Tätigkeit / Amtsbezeichnung		
Krank geschrieben nein	ggf. seit ja	wegen

Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer aktuellen Bedeutung - möglichst als Funktionsdiagnose)
1.
2.
3.
4.
5.
Sonstige:

Krankheitsvorgeschichte	
Bisheriger Verlauf:	
Derzeitige Funktionseinschränkungen:	
Risikofaktoren / Gefährdung durch Alkohol Drogen Nikotin sonstige maßgebliche Belastungsfaktoren:	Derzeitige Medikamente:

Zuletzt ambulant durchgeführte Behandlungsmaßnahmen				
	Von - bis	Anzahl	Erfolg	Im Rahmen der Rehabilitation vordringlich empfohlen
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Rückenschule			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Inhalationen			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Diätschulung			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Logopädie			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			ja nein	ja
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen, ggf. welche:			ja nein	ja

Gründe für eine unzureichende Wirksamkeit der bisherigen ambulanten Maßnahmen

Konkrete Indikationen für die beantragte Reha-Maßnahme

Empfohlene Einrichtung bzw. Kurort

_____ Datum

Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Stempel

Erklärung der Reha-Einrichtung zur Vorlage bei Ihrer Beihilfestelle

(Stempel der Einrichtung)

(Datum)

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: _____

Personal-/Versorgungsnummer d. Beihilfeberechtigten: _____

Die Reha - Einrichtung

*Zutreffendes bitte
ankreuzen*

a) erfüllt die Voraussetzungen nach § 111 a SGB V ja nein

b) erfüllt die Voraussetzungen nach § 111 Abs. 2 SGB V ja nein

Die Einrichtung verfügt für die Abteilung, in der die Maßnahme durchgeführt wird, über eine Preisvereinbarung (Pauschale) mit einem Sozialversicherungsträger ja nein

Falls zutreffend: Ablichtung der Preisvereinbarung beifügen

Höhe der vereinbarten Pauschale _____ EUR

Falls nicht zutreffend:

Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung: _____ EUR

Rechtsverbindliche Unterschrift der Klinik