

**Antrag auf Bewilligung eines  
Rehabilitationsverfahrens**

Name, Vorname des Antragstellers		Geburtsdatum
Personalnummer	Tel. dienstlich	Tel. privat
Dienststelle		

**Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Ref. 33 - Heilfürsorge  
Postfach 1570  
26585 Aurich**

**Angaben zum Antrag:**

- a) Bestand in den dem Antragsmonat vorausgegangenen 3 Jahren ununterbrochen Anspruch auf Heilfürsorge/Beihilfe?  Ja  Nein
- b) Wurde im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine Sanatoriumsbehandlung oder Kur oder stationäre Heilbehandlung in Kur- oder Spezialeinrichtungen durchgeführt und beendet  Ja  Nein
- c) Haben Sie einen Antrag auf Entlassung gestellt?  Ja  Nein
- d) Sind Sie vorläufig des Dienstes enthoben?  Ja  Nein
- e) Ist Ihnen bekannt, ob Ihr Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird?  Ja  Nein
- f) Sind Sie wegen der beantragten Maßnahme bei weiteren Ärzten in Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, bitte die entsprechenden Befundberichte beifügen.
- g) Sofern die beigelegten Befunde nicht ausreichend sind, befreie ich die behandelnden Ärztinnen/Ärzte gegenüber dem/der Polizeiarzt/-ärztin von der Schweigepflicht.  Ja  Nein

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Heilfürsorgegewährung sind. Die Bescheinigung(en) und Unterlagen der behandelnden und weiteren Ärztinnen oder Ärzte liegen bei.  
Mit der Einholung eines polizeiärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------