

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung

Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle Aurich
Postfach 1570

26585 Aurich

Personalnummer	Geburtsdatum
----------------	--------------

Bedienstete/r

Name	Vorname
------	---------

1. Für wen wird die Maßnahme beantragt?

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

2. Kurort, in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wird:

Name

Aufwendungen für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen sind nur in anerkannten Kurorten beihilfefähig. Eine abschließende Aufzählung dieser Orte enthält der Rd. Erl. des MF v. 2.1.2012 – 26-03541/0-1- VORIS 20444-

3. Ergänzende Angaben

a) Wurde in den letzten 3 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt und beendet? Ja Nein

wenn Ja: Ist nach ärztlicher Bescheinigung aus medizinischen Gründen die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme dringend erforderlich? Ja Nein

Hinweis: Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen nach § 38 Abs. 4 NBhVO, sind gem. § 38 Abs. 8 NBhVO vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, nur beihilfefähig, wenn die Durchführung vor Ablauf von drei Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

b) Ist für die Durchführung der medizinischen Vorsorgeleistung eine Begleitperson erforderlich? Ja Nein

Die Begleitperson muss aus medizinischen Gründen erforderlich sein. Dies ist durch die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen.

c) Steht Ihnen zu den entstehenden Aufwendungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe, Kostenersatz oder dgl. zu? Ja Nein

Als gesetzliche Anspruchsgrundlage kommen in Betracht: Sozialgesetzbücher V und VI (SGB V, VI), Knappschaftsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, BGB

Wenn ja:

Anspruchsgrundlage

Bitte Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheid beifügen.

Name und Anschrift der Personaldienststelle

ProReKo-Schule

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 - ggf. mit Unterlagen - liegt im verschlossenen Umschlag bei. Mit der Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden.

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