

**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (§ 38 Abs. 4 NBhVO)**

**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. Name des anerkannten Kurortes, in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll:**

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 in einem Kurort durchgeführt und beendet?  Ja  Nein

**Wenn Ja:**

Ist nach ärztlicher Bescheinigung aus medizinischen Gründen die **vorzeitige Durchführung der Vorsorgeleistung dringend erforderlich?**

Ja  Nein

**b) Ist im Zusammenhang mit der Durchführung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung eine Begleitperson erforderlich?**  Ja  Nein

Das Erfordernis einer Begleitperson aus medizinischen Gründen ist durch eine ärztliche Bescheinigung oder einer Bestätigung der Einrichtung nachzuweisen.

**c) Besteht zu den entstehenden Aufwendungen ein Erstattungsanspruch aufgrund gesetzlicher Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe etc.?**  Ja  Nein

Als gesetzliche Vorschriften kommen z. B. in Betracht: Sozialgesetzbücher V und VI (SGB V, VI), Knappschaftsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, BGB

**Wenn ja, bitte zu gegebener Zeit Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheid vorlegen.**

Name und Anschrift der **Personaldienststelle (ggf. der BBS)** (nicht bei Versorgungsempfängern)

Berufsbildende Schule (BBS)

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