

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter auch in Form einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

**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 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

2. Name der Einrichtung, in der die Maßnahme durchgeführt werden soll

Name
Aufwendungen für med. Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter oder Mutter-Kind oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn sie in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten 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 Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) beendet? Ja Nein

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

Als Nachweis für das Erfordernis einer Begleitperson ist eine Bestätigung des Arztes oder der Rehabilitationseinrichtung vorzulegen, aus der hervorgeht, dass eine Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

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	<input type="checkbox"/> 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 der beihilfeberechtigten Person	Unterschrift des volljährigen Familienangehörigen, für den der Antrag gestellt wird
-------	--	---