

**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gem. § 29 Abs. 1 Nr. 1 NBhVO**

Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle Aurich  
Postfach 1570  
26585 Aurich

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

**Bedienstete/r bzw. Versorgungsempfänger/in**

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

**1. Für wen wird die stationäre Rehabilitationsmaßnahme beantragt?**

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

**2. Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung, in der die Maßnahme durchgeführt werden soll**

Name
<b>Bitte fügen Sie dem Antrag einen Nachweis (z. B. Hausprospekt) darüber bei, dass es sich um eine anerkannte Einrichtung handelt, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllt und in welcher Höhe des niedrigsten Satzes Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen berechnet werden.</b>

**3. Ergänzende Angaben**

- a) **Wurde in den letzten 4 Jahren** bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) oder Mütter-/Väter-Reha oder Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Reha durchgeführt?  Ja  Nein

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

- b) **Ist im Zusammenhang mit der Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson erforderlich (z. B. wegen Schwerbehinderung)?**  Ja  Nein  
Das Erfordernis einer Begleitperson aus medizinischen Gründen ist durch eine Bestätigung des Arztes oder der Rehabilitationseinrichtung 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 <b>Personaldienststelle (ggf. der BBS)</b> (nicht bei Versorgungsempfängern) <input type="checkbox"/> 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 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)
-------	---	--