

BESCHEINIGUNG der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes
zur Vorlage bei der Beihilfefestsetzungsstelle der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover

Anlage zum Antrag vom _____ auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine

- stationäre Rehabilitationsmaßnahme
- ambulante medizinische Vorsorgeleistung in einem Kurort oder einem entsprechenden Ort
- medizinische Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter
- medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

Zutreffendes bitte ankreuzen

Name, Vorname der / des Beihilfeberechtigten		geboren am
Name, Vorname der Patientin des Patienten bzw. Elternteils des Kindes (bitte für jede/s Person / Kind, für die/das eine Maßnahme beantragt wird, eine separate Bescheinigung vorlegen.)		geboren am
Die vorbezeichneten Personen	<input type="checkbox"/> wurde von mir ärztlich untersucht	am
	<input type="checkbox"/> steht/stehen in meiner ärztlichen Behandlung	seit
Beschwerden		
Als Befunde aus den letzten 12 Monaten , die die folgende Diagnose stützen, sind gegen Rückgabe beigefügt (z. B. Röntgen, EKG, Blutbild, Grundumsatz, ärztl. Spezialbefunde)		
Diagnose/n		
Bisherige Behandlungen (Dauer und Erfolge, ambulant, stationär; falls bereits Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt wurden, sind die Entlassungsberichte beizufügen)		
Ist ein Unfall oder ein nach dem BVG anerkanntes Versorgungsleiden die Ursache für die vorbezeichneten Beschwerden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: nähere Angaben		

Nachdem die bisher eingesetzten therapeutischen Mittel am Wohnort oder im Einzugsbereich keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mehr bieten, wird folgende Maßnahme medizinisch für notwendig und erfolgversprechend gehalten:

- stationäre Rehabilitationsmaßnahme *
- ambulante medizinische Vorsorgeleistung in einem Kurort oder einem entsprechenden Ort *
- medizinische Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter *
- medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter *

*** Bitte unbedingt ausfüllen**

bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme oder bei medizinischer Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter

- Es wird bescheinigt, dass eine o.g. Rehabilitationsmaßnahme medizinisch erforderlich ist, eine ambulante ärztliche Behandlung und eine ambulante Anwendung von Heilmitteln am Wohnort oder in einer wohnortnahen Einrichtung wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Einrichtung geeignet ist. Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme wird zusätzlich bescheinigt, dass ein gleichwertiger Erfolg nicht durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erzielt werden kann.

bei ambulanter medizinischer Vorsorgeleistung in einem Kurort oder bei medizinischer Vorsorgeleistung für Mütter u. Väter

- Es wird bescheinigt, dass eine o.g. Vorsorgeleistung medizinisch notwendig ist, dass eine ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht ausreicht, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, um eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes zu vermeiden, um einer Erkrankungen vorzubeugen oder um die Verschlimmerung von Erkrankungen zu vermeiden oder um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und dass die Einrichtung, in der die Vorsorgeleistung erbracht werden soll, geeignet ist.

bei medizinischer Rehabilitationsmaßnahme für Mütter u. Väter oder bei medizinischer Vorsorgeleistung für Mütter u. Väter

- Es wird bescheinigt, dass die Einbeziehung des Kindes/der Kinder für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist.

Ist wegen der Schwere der Erkrankung eine **Begleitung** während der Fahrten zur bzw. von der Behandlungsstätte erforderlich? Ggf. Begründung: ja nein

Wurde **in den letzten vier Jahren** eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme **bzw. in den letzten drei Jahren** eine als beihilfefähig anerkannte ambulante medizinischen Vorsorgeleistung ja nein durchgeführt und beendet?

Wenn ja: Lag eine schwere, eine Krankenhausbehandlung erfordernde Erkrankung vor? ja nein

Bestand die Notwendigkeit einer sofortigen Einlieferung der oder des Kranken zur stationären Behandlung in eine Rehabilitationseinrichtung? ja nein

Ist wegen einer schweren chronischen Erkrankung bzw. eines schweren chronischen Leidens aus zwingenden medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme bzw. Vorsorgeleistung in einem kürzeren Zeitraum notwendig? ja nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes