

Landesamt für
Bürger- und Ordnungsangelegenheiten
Abt. I – Entschädigungsbehörde –
Fehrbelliner Platz 1
10702 Berlin

Berlin, den

Reg.Nr.:

A n t r a g
auf Zustimmung zur Durchführung einer Kur

Name u. Vorname des Antragstellers:

Geburtsdatum:

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):

.....

Telefon:

Genaue Bezeichnung des/der Verfolgungsleiden(s):

.....

.....

.....

Hiermit beantrage ich für das/die anerkannte(n) Verfolgungsleiden die Zustimmung zur Durchführung einer Kur. Das Attest meines behandelnden Arztes befindet sich auf der Rückseite dieses Antrags.

Zu diesem Kurantrag erkläre ich folgendes:

In den letzten drei Jahren

habe ich keine Kur durchgeführt

habe ich nur solche Kuren durchgeführt, für die die Entschädigungsbehörde die Kosten übernommen hat

habe ich folgende Kuren durchgeführt, für die die Entschädigungsbehörde keine Kosten übernommen hat

vom: bis: Kurort:

vom: bis: Kurort:

Ich bitte, den Bescheid / Vergleich zu senden

an mich

an meinen Bevollmächtigten

Sonstige Bemerkungen zum Kurantrag:

.....

Unterschrift:

ÄRZTLICHES ATTEST

Die/Der vorseitig Genannte befindet sich in meiner Behandlung seit

Alle seither oder in den letzten drei Jahren festgestellten und behandelten Leiden:

.....
.....
.....

Laborbefunde: Blutdruck: Größe u. Gewicht:

Blutsenkung: Urinstatus:

Blutbild:

Weitere Laborergebnisse:
(es genügen Kopien von Laborwerten der letzten sechs Monate)

Art und Zeiträume der Behandlung einschließlich Medikation:

.....
.....

Ergebnis der Behandlung:

.....
.....

Für welche(s) Leiden und aus welchem Grund wird eine Kur für notwendig erachtet?

.....
.....

Besteht Kurfähigkeit?

Liegt eine Gegenindikation vor?

Als zweckmäßig wird angesehen:

eine freie Heilkur (Badekur mit ortsgebundenen Heilmitteln)

heilklimatische Kur

in dem Kurort:

Ist die/der Antragsteller(in) allein reisefähig? Ja / Nein

Falls nein: ist Begleitperson erforderlich

a) nur für die Hin- und Rückreise?

b) für die gesamte Kurdauer?

Begründung:

.....
Soweit vorhanden und verfügbar, bitte beizufügen: EKG, Krankenhausbericht, Röntgen-Befunde.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift u. Stempel d. beh. Arztes