

Prüfung der Beihilfefähigkeit einer Anschlussheilbehandlung

BERLIN



- **Hinweise: Bitte keine Rechnungen einreichen.** Eine Rücksendung der Unterlagen erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
- Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Landesverwaltungsamt Berlin Beihilfeservice - BS - 10702 Berlin	eMail-Adresse	
	Dienst- / Wohnanschrift	
Personalkennzeichen		
<input type="text"/>		
Datum (TT.MM.JJJJ)		
<input type="text"/>		
eMail-Adresse des Sozialdienstes		
<input type="text"/>		

Es soll eine Anschlussheilbehandlung durchgeführt werden. Die zu behandelnde Person ist:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Durchgeführt werden soll	eine <u>ambulante</u> Anschlussheilbehandlung eine <u>stationäre</u> Anschlussheilbehandlung
Voraussichtliches Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus	
geplanter Beginn der Maßnahme	
Grundsätzlich innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Bei einem späteren Antritt der Maßnahme ist ein zwingender Grund bzw. ärztlich begründeter Nachweis vorzulegen.	
Name der Rehabilitationseinrichtung (Name, Anschrift)	
Begleitperson Aufwendungen für eine Begleitperson sind <u>beihilfefähig</u> , wenn die Begleitung, in der zu begleitenden Person medizinisch erforderlich ist (ärztliche Bescheinigung ist beigefügt).	
Ehegatte Lebenspartner Kind/er (Name, Geb.Datum)	
andere Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

Weitere Unterlagen (z.B. des Sozialdienstes) sind nicht erforderlich bzw. zu übersenden.

Die Beantwortung erfolgt schriftlich per Post an die beihilfeberechtigte Person. Eine Bestätigung wird nicht gefaxt ggf. kann unter Angabe einer eMail-Adresse des Sozialdienstes eine kurze Mitteilung elektronisch erfolgen.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Die genannte Maßnahme beruht weder auf einem anerkannten Versorgungsleiden noch auf einem Unfall. Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten können nicht geltend gemacht werden. Ich versichere, dass die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten der Anschlussheilbehandlung bzw. die Beihilfe für diese Maßnahme bei keiner anderen Behörde bzw. öffentlichen Dienststelle beantragt wurde (dies bezieht sich nicht auf die Krankenkasse).

Unterschrift

antragstellende Person