

# Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme

Die Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben ist Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages.

## Verschllossen versenden

An (Zentrale Beihilfestelle)

Landesverwaltungsamt Berlin  
- VB B -

10702 Berlin

Eingangsstempel (Zentrale Beihilfestelle)

## I Persönliche Angaben der beihilfeberechtigten und behandlungsbedürftigen Person (Antragsteller/ in)

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Pers.-Kennzeichen/ Vers.-Nr.:	Geburtsdatum
Anschrift		Telefon (privat)
Beschäftigungsdienststelle		Telefon (dienstlich)

## II Angaben über die beabsichtigte Maßnahme

Begleitperson <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Kind/ er <input type="checkbox"/> andere Person	Name, Vorname, Geburtsdatum (nur auszufüllen, wenn nicht Beihilfeberechtigte/ r)
geplanter Beginn der Maßnahme	
Name des Kurortes	

Die ärztliche/ n Bescheinigung/ en über die Notwendigkeit dieser Maßnahme habe ich beigefügt.

## III Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern/ Behörden oder öffentlichen Dienststellen

Sollten Sie Leistungen<sup>3)</sup> für die beabsichtigte Maßnahme bei anderen Leistungsträgern<sup>4)</sup> beantragt haben, ist diese Leistungszusage oder die abschlägige Entscheidung dieses Leistungsträgers durch Kopie des jeweiligen Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheides als Nachweis beizufügen.  
Aus der Leistungszusage muss ersichtlich sein, welche Kosten in welcher Höhe/ zu welchem Prozenttarif erstattet werden.

Leistungen Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) müssen – mit der Geltendmachung der Aufwendungen (Beihilfe-Antrag) – nur nachgewiesen werden, wenn die Erstattung über Ihren mit der PKV abgeschlossenen Prozenttarif liegen sollte.

Ich versichere – mit meiner Unterschrift -, dass die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten der stationären Rehabilitationsmaßnahme bzw. die Beihilfe für diese Maßnahme bei keiner anderen Behörde bzw. öffentlichen Dienststelle beantragt wurde.

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

Die unter II genannte Maßnahme beruht weder auf einem anerkannten Versorgungsleiden noch auf einem Unfall. Hierbei wird kein naher Angehöriger als Arzt oder in anderer Form gegen Entgelt persönlich tätig werden. Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten können nicht geltend gemacht werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Datum

LVwA VB 11a (09.11)

Die ärztliche/ n Bescheinigung/ en sollten Ihre Leiden umfassend beschreiben. Ggf. sollten Sie vorhandene aktuelle ärztliche (Befund-)Berichte beifügen. Die zuständigen Amts- und Vertrauensärztlichen Dienste entscheiden generell auf Grundlage der vorgelegten Unterlagen, seltener aufgrund einer amtsärztlichen Untersuchung.

Ihre ärztlichen Bescheinigungen können – als Anlage zu Ihrem Antrag - in einem verschlossenen, entsprechend gekennzeichneten Umschlag beigefügt werden.

Damit stellen Sie sicher, dass der Inhalt der ärztlichen Bescheinigung ausschließlich der Zentralen Beihilfestelle zur Kenntnis gelangt.

Bitte vermerken Sie auf diesem gesonderten Umschlag unbedingt Ihren Namen, Ihre Personal-Nr. und den Hinweis „Anlage zum Antrag auf amb. Reha vom...“ sowie ggf. einen Verweis auf den Inhalt (Verschlossen! Arztbrief/ ärztliche Bescheinigungen).

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 1) Aufwendungen einer **Begleitperson** sind beihilfefähig, wenn nach **ärztlicher Bescheinigung** die aus medizinischen Gründen zwingend erforderliche Mitaufnahme der Begleitperson im Einzelfall von der Beihilfestelle anerkannt wurde. Dies kann (gem. § 35 Abs. 2 Nr. 2 LBhVO) der Fall sein, wenn
  - aus schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der Maßnahme gefährden würde,
  - der Betroffene wegen einer schweren Behinderung (z. B. Blindheit) einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
  - während der Maßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.
- 2) gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG
- 3) z.B. medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach § 15 SGB VI oder § 40 SGB V
- 4) Rententräger (z. B. Deutsche Rentenversicherung), gesetzliche Kranken- oder Ersatzkassen (z. B. AOK, DAK, TK etc.) oder sonstige Leistungsträger (z.B. Landesversorgungsamt)