


Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname		Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) oder ▶	Vertragsnummer (2-stellig)

ZPD Hamburg
Fachbereich Beihilfe
Postfach 26 19 64
20509 Hamburg

Antrag auf eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung

nach § 20 HmbBeihVO


Bitte reichen Sie diesen Antrag zusammen mit der
ausgefüllten Anlage ein.

1. Privatanschrift	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Telefon

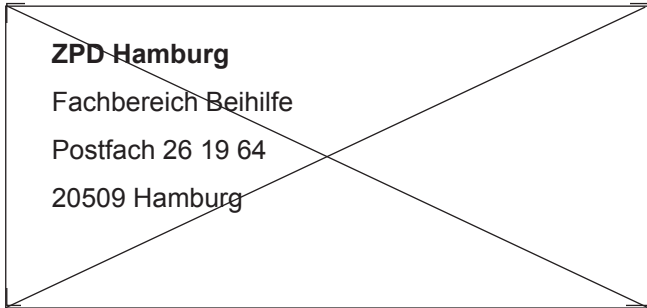
2. Dienststelle (außer bei Versorgungsempfänger/-innen)	
Behörde/Amt	Dienstbezeichnung
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Telefon

3. Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten	
Datum	Unterschrift
Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht ist beigefügt	

Frei für Vermerke der Beihilfestelle:

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen 

Beihilfeberechtigte/r und Geschäftszeichen		
Nachname, Vorname		Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)
Personalnummer (8-stellig - bitte unbedingt angeben)	Firmennummer (4-stellig) oder ▶	Vertragsnummer (2-stellig)



Anlage zum Antrag auf eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung

nach § 20 HmbBeihVO

Bitte durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt ausfüllen lassen.

Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht oder kleben diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen!

Medizinische Begründung

1. Antragsbegründende Diagnosen (nach Wichtigkeit geordnet):

2. Bisher und zurzeit durchgeführte Therapien (Medikation - physikalische Therapie - Psychotherapie - etc.):

3. In der Vergangenheit durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen und Krankenhausaufenthalte:

4. Bisheriger Krankheitsverlauf:

5. Bestehen erhebliche Einschränkungen der Alltagsaktivitäten in folgenden Bereichen (bitte begründen):

	Keine	Schwierigkeiten/Hilfsmittel	Personelle Hilfe
Mobilität:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Aktivitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Warum wird eine stationäre Behandlung in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation für notwendig erachtet? (Bitte ausführliche Begründung)

7. Welche medizinischen Rehabilitationsziele sollen erreicht werden?

8. Welche Klinik mit welchem Schwerpunkt schlagen Sie für die beantragte Maßnahme vor?

9. Vorgeschlagene Behandlungsdauer:

10. Belastbarkeit und Reisefähigkeit

Es besteht Belastbarkeit für die vorgesehene Maßnahme: ja nein

Es besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln: ja nein

▼ Die Fragen 11 und 12 gelten nicht bei Versorgungsempfänger/-innen ▼

11. Besteht oder bestand in den letzten zwei Jahren Dienstunfähigkeit? Wenn ja:

Häufigkeit:

Aufgrund welcher Erkrankung:

Dauer:

12. Aus welchen Gründen ist die beantragte Maßnahme nicht ersetzbar durch eine Heilbehandlung, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird?

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Praxisstempel: