


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 Kurmaßnahme

nach § 21 Abs. 2, 3 und 4 HmbBeihVO

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

1. Privatanschrift	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Telefon

2. Dienststelle	
Behörde/Amt	Dienstbezeichnung
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	Telefon

3. Zuletzt durchgeführte stationäre Rehabilitationsbehandlung oder Kur:

4. Hierbei maßgebende Diagnose(n):

5. Wurde ein Antrag auf Entlassung gestellt bzw. wird beabsichtigt vor Antritt der beantragten Maßnahme einen derartigen Antrag zu stellen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann:

6. Endet das Dienstverhältnis (z.B. Eintritt in den Ruhestand) voraussichtlich vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der beantragten Maßnahme?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wann:

7. Begutachtung durch den PÄD erwünscht?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

8. Erklärung der/des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

Datum


Unterschrift

Wenn Sie als Bevollmächtigte/r einen Antrag stellen:

Vollmacht liegt vor

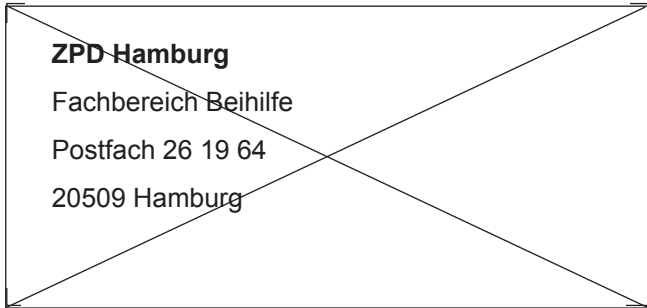
Vollmacht ist beigefügt

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)

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



Anlage zum Antrag auf eine Kurmaßnahme

nach § 21 HmbBeihVO

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

Medizinische Begründung

1. Besteht Dienstunfähigkeit?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - seit:

2. Antragsbegründende Diagnosen (nach Wichtigkeit geordnet):

3. Relevante Krankheitsvorgeschichte:

4. Derzeitige Beschwerden und Funktionseinschränkungen:

5. Wesentliche von der Norm abweichende Befunde (einschl. Datum der Befunderhebung):

6. Bisher durchgeführte Therapien (Medikation - physikalische Therapie - Psychotherapie - etc.):

**7. Halten Sie eine ambulante Heilkur in einem anerkannten Heilkurort für notwendig?
(wenn ja: bitte ausführliche Begründung)**

**8. Halten Sie eine Kur in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation für notwendig?
(wenn ja: bitte ausführliche Begründung)**

9. Warum kann die beantragte Maßnahme nicht mit gleicher Erfolgsaussicht durch andere Heilmaßnahmen, insbesondere durch eine andere Behandlung in der nächsten Umgebung, ersetzt werden?

10. Sollte eine ambulante Kur außerhalb der Europäischen Union (§ 28 HmbBeihVO) für erforderlich gehalten werden, geben Sie bitte die Gründe für die dort wesentlich größeren Erfolgsaussichten an.

11. Ort und Einrichtung der vorgesehenen Maßnahme

12. Belastbarkeit und Reisefähigkeit

Es besteht Belastbarkeit für die vorgesehene Maßnahme: ja nein

Es besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln: ja nein

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Praxisstempel: