

Name, Vorname, Geburtsdatum	Beihilfenummer
Wohnort, Straße, Hausnummer	

Stadt Duisburg
11-23 Beihilfestelle
47049 Duisburg

Ich bitte um Anerkennung der von meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt für notwendig gehaltenen: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- stationären Rehabilitationsmaßnahme - § 6 BVO NRW
- stationären Müttergenesungs- oder Mutter-/Vater-Kind Kur - § 6a BVO NRW
- ambulanten Rehabilitationsmaßnahme - § 7 BVO NRW
- ambulanten Kur - § 7 BVO NRW.

Mir ist bewusst, dass mit der Rehabilitation nicht begonnen werden darf, bevor über die Beihilfefähigkeit - aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens - entschieden worden ist. Weiterhin ist mir bekannt, dass ich die Kosten für das amtsärztliche Gutachten selbst zu zahlen habe und mir seitens der Beihilfe für diese Kosten lediglich eine Erstattung in Höhe meines Beihilfebemessungssatzes zusteht.

Mit der Weiterleitung dieser Unterlagen an das zuständige Gesundheitsamt zum Zweck der amtsärztlichen Begutachtung erkläre ich mich einverstanden.

 Unterschrift

 Datum

Hinweise:

Die beantragte Maßnahme darf nur dann genehmigt werden, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte Maßnahme nach §§ 6, 6a oder 7 BVO NRW durchgeführt worden ist. Eine Ausnahmegenehmigung ist nur dann möglich, wenn die beantragte Maßnahme aus zwingenden medizinischen Gründen in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist. Sollten Sie einen Ausnahmeantrag stellen, sollte Ihre Ärztin / Ihr Arzt dies detailliert begründen.

Im Rahmen der amtsärztlichen Prüfung ist grds. darüber hinaus festzustellen, dass vorrangige ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind bzw. wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind. Hierzu lassen Sie bitte den nachfolgenden Anamnesebogen von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt ausfüllen und senden ihn anschließend der Beihilfestelle in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten verschlossenen Umschlag zusammen mit diesem Schreiben zu.

Erweitertes haus-/fachärztliches Rehabilitationsattest

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Anschrift		
arbeitsunfähig	nein	ja	ggf. seit wegen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer aktuellen Bedeutung - möglichst als Funktionsdiagnose)
1.
2.
3.
4.
5.
sonstige:

Krankheitsvorgeschichte	
Beginn:	
Ausprägung und Verlauf:	
Derzeitiger Stand und Problematik:	
Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige maßgebliche Belastungsfaktoren :	Derzeitige Medikamente:

Therapeutisches Resumee und Rehabilitationsempfehlung				
	zuletzt ambulant durchgeführt			Im Rahmen der Rehabilitation vordringlich empfohlen
	von – bis	Anzahl	Erfolg	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rückenschule			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inhalationen			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Diätschulung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Logopädie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
sonstige Maßnahmen:			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Gründe für eine unzureichende Wirksamkeit der bisherigen ambulanten Maßnahmen

Konkrete Indikationen für eine stationäre Sanatoriumsbehandlung (über ambulante Rehabilitationskriterien hinaus)

Anmerkungen / Empfehlungen (bei Bedarf bitte Beiblatt verwenden)

Datum _____

Unterschrift des behandelnden Arztes _____

Stempel