BG BAU

Posteingangsstempel

Beihilfenr:

Performa Nord
P3 - Bundesbeihilfe
Schillerstr. 1
28195 Bremen

Antrag auf Anerkennung einer Rehabilitationsmaßnahme

gemäß § 35 der Bundesbeihilfeverordnung

- ☐ stationäre Rehabilitationsmaßnahme
- ☐ ambulante Rehabilitationsmaßnahme
- ☐ Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

1. Antragsteller/in

Personal-/Versorgungsnummer:

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Namenszusatz

Akademischer Grad

2. Zu behandelnde Person

- ☐ Antragsteller/in
- ☐ Ehegatte/in Vorname
- ☐ Kind Vorname

3. Angaben zur geplanten Rehabilitationsmaßnahme

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die oben angegebene Rehabilitationsmaßnahme, die nach dem beigefügten ärztlichen Attest notwendig ist.

Mir ist bekannt, dass als Voraussetzung hierzu ein Gutachten eines Amtsarztes einzuholen ist, der ggf. bei einem Vorstellungstermin über die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme entscheidet und weiterhin z. B. den geeigneten Kurort vorschlägt.

Mir ist außerdem bekannt, dass ich die Rehabilitationsmaßnahme grundsätzlich innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle angetreten haben muss.

Behandlungsort, Klinik:

Geplanter Behandlungsbeginn: . .

Letzte Rehabilitationsmaßnahme: . .

Datum, Unterschrift

ärztliche Bescheinigung(en) ist(sind) beigefügt.

Bitte beachten Sie hierzu auch die entsprechenden Merkblätter im badv-portal. Hier erhalten Sie erste Informationen zu der geplanten Maßnahme (z. B. Fahrkostenerstattung, Anwendung des Bemessungssatzes usw.)
Für weitere Auskünfte steht Ihnen die Beihilfe-Hotline unter der Ihnen bekannten Rufnummer zur Verfügung.