

Name, Vorname, Geburtsdatum	Beihilfenummer
Wohnort, Straße, Hausnummer	Tel. erreichbar

**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 entschieden worden ist.

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.

Für die Prüfung durch die Beihilfestelle ist wichtig, dass alle ambulanten Maßnahmen zuerst ausgeschöpft wurden bzw. wegen erheblicher Gesundheitsprobleme nicht ausreichen würden. Bitte lassen Sie den Anamnesebogen vollständig von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt ausfüllen und senden Sie ihn zusammen mit diesem Schreiben an die Beihilfestelle.

Bitte achten Sie darauf:

- **der Anamnesebogen ist vollständig ausgefüllt und ausführlich begründet,**
- **ggf. zusätzliche Begründungen/Nachweise als Anlage beigefügt sind,**
- **die Schrift gut lesbar ist.**

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