

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste
70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für beihilfeberechtigte Personen, die nicht bei
der PBeaKK versichert sind.

Antrag auf Anerkennung einer Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

Ich beantrage eine Mutter/Vater-
Kind-Rehabilitationsmaßnahme für Name/Vorname der erwachsenen
zu behandelnden Person

Name(n) des/der mitreisenden
Kindes/Kinder

Die zu behandelnde Person hat im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt und beendet. Ja

Die zu behandelnde Person hat Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern. Ja
bei

Die zu behandelnde Person erhält zurzeit Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung. Ja
von

Für folgende Rehabilitationseinrichtung wird die Maßnahme beantragt.

Hinweis zu Ansprüchen gegenüber anderen Kostenträgern

Beihilfeberechtigte mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 11 SGB VI) und Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 23, 24, 40 und 41 SGB V) haben zunächst diese Leistungen beim Versicherungsträger zu beantragen. Nur wenn der Versicherungsträger die Leistungen ablehnt, können ggf. die Aufwendungen zu einer Rehabilitationsmaßnahme als beihilfefähig anerkannt werden. Die Ablehnungs- bzw. Zuschussbescheide der Versicherungsträger sind beizufügen.

Das/die Kind(er) ist/sind versichert bei

PBeaKK

Sonstige
Krankenversicherung

Die Maßnahme für das/die Kind(er) wird
beantragt, weil das Kind ebenfalls
behandlungsbedürftig ist
(s. ärztliches Attest)

Ja

Nein,
sonstige Gründe

Ich habe die Verordnung der behandelnden ärztlichen Person und weitere Befunde sowie Schlussberichte von
Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre für die PBeaKK bzw. die begutachtende Person als Anlage beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte bzw. bevollmächtigte Person

Anlage
Ärztliche Verordnung

Beihilfedienste

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse
Beihilfedienste
70636 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für beihilfeberechtigte Personen, die nicht bei der PBeaKK versichert sind.

Verordnung einer Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen

Hinweis für den Arzt: Die Entscheidung über die Notwendigkeit erfolgt grundsätzlich nach Aktenlage. Unvollständige Angaben führen zu einer Verzögerung der Anerkennung bzw. zu vermeidbaren Rückfragen evtl. sogar zu einer Ablehnung der verordneten Behandlung.

Zu behandelnde Person

Geburtsdatum

Name, Vorname

Sozialanamnese

Lebenssituation der zu behandelnden Person

Allein lebend

Ehe-/Lebenspartner*in

betreutes Wohnen

mit/bei Kindern

Pflegeeinrichtung

Unterstützende Angehörige in der Nähe

Die zu behandelnde Person ist krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt.

Ja

Es liegt ein Pflegegrad vor bzw. es wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt.

Ja

Pflegegrad

seit

Es ist eine Schwerbehinderung anerkannt.

Ja

GdB und Merkzeichen

Klinische Anamnese

Welche Beschwerden liegen vor und seit wann? Wie ist der Krankheitsverlauf?

Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

Hauptdiagnose
(in Worten und nach ICD-10)

Weitere Diagnosen oder Indikationen,
die den Antrag begründen
(in Worten und nach ICD-10)

Die Diagnose(n) ist/sind zurückzuführen auf:

Dienst- oder Arbeitsunfall

sonstiger Unfall

Berufskrankheit

Versorgungsleiden / Gesundheitsschaden (BVG /OEG)

Sind Infekte und/oder Keime vorhanden? Ja

Wenn Ja, welche?

Gibt es psychosoziale Faktoren die zu beachten sind (z.B. Depression, Psychische Belastungen, Ängste ...)? Ja

Wenn Ja, welche?

Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	Keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsam mit Hilfsmitteln)	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar
Kommunikation (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)				
Mobilität (z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)				
Selbstversorgung (z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)				
Häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)				
Interpersonelle Aktivitäten (z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)				
Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Arbeit und Beschäftigung)				

Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich?

Ja

Nein

Wenn Nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

Sonstige Beeinträchtigungen (z.B. Inkontinenz, Paresen, Demenz)

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z.B. Barthel-Index)

Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht aufgeführt:

Persönliches und familiäres Umfeld (z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z.B. Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Es liegen folgende Risikofaktoren vor:

Alkoholmissbrauch	Übergewicht
Nikotin	Bewegungsmangel
Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch	Sonstiges

Maßnahmen der Krankenbehandlung (in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation)

Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

Heilmittel	In den letzten 12 Monaten erfolgt	Anzahl	Aussichtsreich
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)			
Bewegungstherapie (z.B. KG und manuelle Therapie)			
Traktionsbehandlung			
Elektrotherapie			
Inhalation			
Wärme-/Kältetherapie			
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie			
Ergotherapie			

Hinweis zu der abgegebenen Einschätzung

Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel (Welche? Seit wann? Aussichtsreich?)

Andere Maßnahmen	Durchgeführt	Aussichtsreich
Psychotherapie		
Rehabilitationssport/Funktionstraining		
Patientenschulung		
Ernährungsberatung		
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen		
Sonstiges		

Sonstige Angaben

Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

Die Anreise kann erfolgen mit:

Öffentlichen Verkehrsmitteln
privaten PKW
andere

Die beantragte Rehabilitationsleistung ist vor Ablauf der Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig.

Ja
Weil

Zusammenfassende Wertung

Eine stationäre Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme wird dann als notwendig angesehen, wenn sie nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann:

Die ambulante ärztliche Behandlung und Anwendung von Heilmitteln am Wohnort sind nicht ausreichend, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Ja

Ein gleichwertiger Rehabilitationserfolg kann nicht durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erzielt werden. Ja

Folgende Rehabilitationsklinik(en) ist/sind zur Durchführung der Behandlung als geeignet anzusehen (inkl. Ortsangabe)

Folgende spezifischen Therapiemaßnahmen werden vorgeschlagen

Voraussichtlich benötigte Rehabilitationsdauer in Tagen (max. 21 Tage).

Für die Angaben der behandelnden ärztlichen Person ist die GOÄ- Ziffer 75 berechnungsfähig.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person

Anlagen