

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 ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort

Ich beantrage eine ambulante
 Rehabilitationsmaßnahme in
 einem anerkannten Kurort für:

mich

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 folgenden Kurort 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.

Ich habe die Verordnung des Arztes und weitere Befunde sowie Schlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre für die PBeaKK bzw. die begutachtende Person als Anlage beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte bzw. bevollmächtigte Person

Anlage
 Ärztliche Verordnung

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse
 70467 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

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

Verordnung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen

Hinweis für die behandelnde ärztliche Person: Die begutachtende Person entscheidet über die Notwendigkeit grundsätzlich nach Aktenlage. Unvollständige Angaben führen zu einer Verzögerung der Anerkennung bzw. zu vermeidbaren Rückfragen evtl. sogar zu einer Ablehnung der verordneten Behandlung.

Angaben der zu behandelnden Person

Geburtsdatum

Name, Vorname

Sozialanamnese

Lebenssituation der zu
 behandelnden Person

Allein lebend
 mit Ehe-/Lebenspartner*in

betreutes Wohnen

mit/bei Kindern

Pflegeeinrichtung

Unterstützende
 Angehörige in der Nähe

Die zu behandelnde Person ist
 krankheitsbedingt in der Ausübung der
 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		

Rehabilitationsfähigkeit

Die zu behandelnden Person verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit Ja

Die zu behandelnden Person verfügt über die erforderliche Mobilität Ja

Die zu behandelnden Person verfügt über eine ausreichende Motivation Ja

Die zu behandelnden Person ist motivierbar Ja

Rehabilitationsziele

Ziele aus Sicht der behandelnden ärztlichen Person im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person/Angehörigen

Rehabilitationsprognose

Eine positive Rehabilitationsprognose besteht hinsichtlich der:

Schädigungen

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

Ziele aus Sicht des/der zu behandelnden Person/Angehörigen

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

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort dient zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit, wenn nach einer schweren Erkrankung bzw. bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht (z.B. Behandlung am Wohnort) zu ersetzen ist.

Folgende(r) Kurort(e) ist/sind zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme als geeignet anzusehen

Folgende spezifischen Therapiemaßnahmen und Kurmittel 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