

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur

Die nachstehenden Angaben sind Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrages. Ihre Erhebung beruht auf § 17 der Beihilfavorschriften vom 10. Juli 1995 in der jeweils geltenden Fassung.

Verschlissen versenden

An (Zentrale Beihilfestelle) Landesverwaltungsamt Berlin - VB B -
über (Beschäftigungsdienststelle/Büroleitung)
über (personalaktenführende Stelle)

Eingangsstempel (Beihilfenstelle)

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Personalkennzeichen	Geburtsdatum
Anschrift		Telefon (privat)
Beschäftigungsdienststelle		Telefon (dienstlich)

voraussichtlicher Beginn der Heilkur:
Kurort:

Die ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit dieser Maßnahme habe ich beigefügt.

Die Heilkur beruht weder auf einem anerkannten Versorgungsleiden noch auf einem Unfall. Hierbei wird kein nacher Angehöriger als Arzt oder in anderer Form gegen Entgelt persönlich tätig werden. Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten können nicht geltend gemacht werden.

Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern

Gegenüber welchem Leistungsträger bestehen Ansprüche auf Leistungen ¹⁾ für die beabsichtigte Maßnahme?		
<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenkasse oder Ersatzkasse (z.B. BKK, AOK, TTK)	<input type="checkbox"/> Folgender sonstiger Leistungsträger: ²⁾
Die Leistungen wurden zugesagt von:	Die zugesagten Leistungen bestehen in der Gewährung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> von Behandlung, Unterkunft, Verpflegung	<input type="checkbox"/> eines Zuschusses zu den Arzt-, Heilmittel- und Behandlungskosten in Höhe von: €
<input type="checkbox"/> Es wurden keine Leistungen zugesagt	<input type="checkbox"/> Die Leistungen sind abgelehnt worden; Ablehnungsbescheid liegt bei.	<input type="checkbox"/> Die Leistungen sind nicht beantragt worden und werden auch nicht beantragt werden.

Ist die Anerkennung der Beihilfe oder die Beihilfe bei einer anderen Behörde bzw. öffentlichen Dienststelle beantragt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift/Datum

Dieser Antrag kann verschlossen über die Beschäftigungsdienststelle/Büroleitung und die zuständige personalaktenführende Stelle der Zentralen Beihilfestelle zugesandt werden. Dabei kann die beigefügte ärztliche Bescheinigung in einem besonderen verschlossenen Umschlag, auf dem „Anlage zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit des/r ... (Name, Dienststelle)“ zu vermerken ist, beigefügt werden, den erst die Zentrale Beihilfestelle öffnen darf. Damit stellen Sie sicher, dass der Inhalt der ärztlichen Bescheinigung ausschließlich der Zentralen Beihilfestelle zur Kenntnis gelangt.

- 2 -

Zutreffendes bitte ankreuzen

1) z.B. medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach § 15 SGB VI oder § 40 SGB V.

2) z.B. Landesversorgungsamt

Beschäftigungsstelle/Büroleitung	Eingangsstempel
	Kennnis genommen
	Unterschrift/Datum

Personalführende Stelle	Datum	Eingangsstempel
	Telefon	

Prüfvermerk

1. Der/die Beihilfeberechtigte ist in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Grund _____ der Unterbrechung: (z.B. Beurlaubung nach § 10 SUrlVO) von _____ bis _____
2. Besteht eine Regelung nach Altersteilzeit?.	<input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> nein
3. Ein Antrag auf Entlassung wurde gestellt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Das Dienstverhältnis wird nach derzeitigen Erkenntnissen vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Es liegt eine vorläufige Dienstenthebung vor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Im Auftrag _____ Unterschrift		

LVwA Berlin
VB B _____

Datum: _____
Telefon: _____
PersKennZ.: _____

V

1. Anfrage an das BA _____ von Berlin
Abt. Gesundheitswesen mit Vordruck abgesandt.

2. Wv _____ (Untersuchungsergebnis?)

I.A.