

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten

- einer Sanatoriumsbehandlung
 einer Krankenbehandlung im Ausland

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

Verschllossen versenden

An (Zentrale Beihilfestelle)
 Landesverwaltungsamt Berlin
 - VB B -

Eingangsstempel (Zentrale Beihilfestelle)

I Persönliche Angaben

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Pers.-Kennzeichen:	Geburtsdatum
Anschrift		Telefon (privat)
Beschäftigungsdienststelle		Telefon (dienstlich)

II Angaben über die beabsichtigte Maßnahme

<input type="checkbox"/> Behandlung Sanatorium	voraussichtlicher Beginn	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) Lebenspartner ³⁾ <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Sanatoriums				
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung im Ausland	voraussichtlicher Beginn	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) Lebenspartner ³⁾ <input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Krankenhauses				

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

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

III Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern

Gegenüber welchem Leistungsträger hat die unter II genannte Person 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.

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

2) z.B. Landesversorgungsamt

3) Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG.

IV Bitte ausfüllen

wenn Aufwendungen für den Ehegatten/Lebenspartner oder Kinder entstehen werden.	Die unter II genannte Person ist selbst <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> nicht beihilfeberechtigt
wenn Aufwendungen für einen/eine Versorgungsempfänger(in) oder dessen/deren Ehegatten/Lebenspartner entstehen werden.	Die unter II genannte Person ist <input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> nicht berufstätig

V

Ist die Anerkennung der Beihilfe oder die Beihilfe auch 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

Die ärztliche Bescheinigung kann in einem besonderen verschlossenen Umschlag, auf dem „Anlage zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit des/r ... (Name, Dienststelle)“ vermerkt ist, beigelegt werden. Damit stellen Sie sicher, dass der Inhalt der ärztlichen Bescheinigung ausschließlich der Zentralen Beihilfestelle zur Kenntnis gelangt.

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.