

## ANTRAG AUF ANERKENNUNG DER BEIHILFEFÄHIGKEIT DER AUFWENDUNGEN EINER AMBULANTEN MEDIZINISCHEN VORSORGELEISTUNG

Niedersächsische Versorgungskasse  
**Abteilung Beihilfen**  
Postfach 81 04 04  
30504 Hannover

**Beihilfe-Nummer**

**Beihilfeberechtigte/r**

Name, Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Für wen wird die ambulante medizinische Vorsorgeleistung beantragt?**

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wird

*Aufwendungen für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen sind nur in anerkannten Kurorten beihilfefähig. Eine abschließende Aufzählung dieser Orte enthält der Rd. Erl. des MF vom 2.1.2012 –VD3-03541/0-1.*

### Ergänzende Angaben

- a) **Wurde vor Ablauf von drei Jahren bereits eine ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt und beendet, für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind?** ja nein

Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn vor Ablauf von drei Jahren eine entsprechende medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt und beendet wurde, für die eine Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden,

- nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung
- in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einer Einrichtung, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt, geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
- bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn aus zwingenden Gründen eine Vorsorgeleistung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

**Wenn ja:** Ist nach ärztlicher Bescheinigung aus medizinischen Gründen die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf von drei Jahren dringend erforderlich? Bitte fügen Sie in diesem Fall eine ausführliche ärztliche Stellungnahme bei. ja nein

- b) **Ist für die Durchführung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung eine Begleitperson erforderlich?** ja nein

Von Schwerbehinderten ist die Notwendigkeit einer Begleitperson durch die Vorlage einer Fotokopie des Schwerbehindertenausweises nachzuweisen.

- c) **Steht Ihnen zu den entstehenden Aufwendungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe, Kostenerstattung oder dgl. zu?** ja nein

Als gesetzliche Anspruchsgrundlage kommen in Betracht: Sozialgesetzbücher (SGB) V und VI, Knappschaftsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

**Wenn ja:**

Anspruchsgrundlage

*Bitte Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheid beifügen*

**Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind. Die Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes – mit Unterlagen – liegt bei. Mit der Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden.**

Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten Person	Unterschrift des volljährigen Familienangehörigen, für den der Antrag gestellt wird
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>