

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR FESTSTELLUNG EINER SCHWERWIEGEN- DEN CHRONISCHEN ERKRANKUNG IM SINNE DES § 46 ABS. 1 NBHVO\*)

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

**Beihilfe-Nummer**

--

**Beihilfeberechtigte/r**

Name, Vorname

Geburtsdatum

--	--

**Patient/in**

Name, Vorname

Geburtsdatum

--	--

**ist wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung**

(Die Patientin / der Patient ist mindestens seit einem Jahr jeweils einmal im Quartal in ärztlicher Behandlung)

seit

--

Diagnose der Dauererkrankung

--

Ende der Dauerbehandlung

Das Ende ist nicht absehbar.

Voraussichtliches Ende der Dauerbehandlung ab:

--	--

**Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der Dauererkrankung erforderlich, da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.**

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin / des Arztes

--	--	--

\*) Die Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) ist entsprechend anzuwenden.