

Name der/des Beihilfeberechtigten	Vorname	Personalnummer/AG
Name der Patientin/des Patienten *	Vorname	

\* sofern nicht mit der/dem Beihilfeberechtigten identisch

### **Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für Beihilfezwecke**

1. Handelt es sich bei der Erkrankung der Patientin/des Patienten um eine solche, deren Art und Schwere eine stationäre medizinische Rehabilitation medizinisch notwendig macht?

Ja, Begründung: (z.B. Diagnosen, bisherige Behandlungen)                       Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Welche Dauer einer stationären Reha ist voraussichtlich medizinisch notwendig?

\_\_\_\_\_ Tage

3. In welcher Einrichtung/Klinik soll die Maßnahme durchgeführt werden?

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

4. Sind auch ambulante Maßnahmen oder eine Kur zur Behandlung der Erkrankung ausreichend?

Nein

Ja, z.B.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_