

**Antragsteller/in** (Beihilfeberechtigte/r)

Name, Vorname geb. am Beihilfenummer

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Dienststelle/Anstellungskörperschaft

Landeskirche

Norddeutsche Kirchliche Versorgungskasse  
für Pfarrer und Kirchenbeamte (NKVK)  
Beihilfeabteilung  
Postfach 4563

30045 Hannover



**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung**

Name, Vorname geb. am

Zu den entstehenden Aufwendungen stehen mir (unabhängig von der Beihilfe) aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. Sozialgesetzbuch, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglicher Regelungen Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung zu  ja  nein

Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung ist infolge eines Unfallschadens erforderlich  ja  nein

Wurde in den letzten 3 Jahren bereits eine beihilfefähig anerkannte ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt oder beendet?  ja  nein  
Wenn ja, vom .....bis .....

Die hiermit beantragte ambulante medizinische Vorsorgeleistung soll durchgeführt werden vom .....bis .....

**Ort, in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll**

Ortsname

(Aufwendungen für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen sind nur in anerkannten Kurorten beihilfefähig. Eine abschließende Aufzählung dieser Orte enthält der Rd. Erl. des MF vom 02.01.2012 – 26-03541/ 0-1)

Den von meinem behandelnden Arzt ausgefüllten Vordruck „Ärztliche Bescheinigung“ füge ich in bei. Mit der ggf. Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden. Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Etwa sich ergebene Änderungen werde ich der Beihilfefestsetzungsstelle unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

**Bescheinigung der behandelnden  
Ärztin oder des behandelnden Arztes**

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die  
Hinweise auf der Folgeseite!



**Anlage zum Antrag auf Anerkennung der  
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer  
ambulanten medizinischen  
Vorsorgeleistung**

Name, Vorname der Patientin oder des Patienten
Anschrift
Die vorbezeichnete Person <input type="checkbox"/> wurde von mir ärztlich untersucht <input type="checkbox"/> steht in meiner ärztlichen Behandlung seit _____
<b>Beschwerden:</b> ..... ..... .....
<b>Diagnosen:</b> ..... ..... .....
<b>Bisherige Behandlungen</b> (Dauer und Erfolge, ambulant, stationär) ..... ..... .....
Ist ein Unfall oder ein nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) anerkanntes Versorgungsleiden die Ursache für die vorbezeichneten Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja:</b> nähere Angaben ..... .....
<b>Da die bisher eingesetzten therapeutischen Mittel am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mehr bieten, ist eine ambulante medizinische Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort <u>medizinisch dringend notwendig und erfolgversprechend</u> für eine Dauer von _____ Tagen</b>
Die Maßnahme soll durchgeführt werden in (Kurort in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll) ..... .....

Ist wegen der Schwere der Erkrankung eine Begleitung während der Fahrten zur bzw. von der Behandlungsstätte erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist für die Durchführung der medizinischen Vorsorgeleistung eine Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>(Von Schwerbehinderten ist die Notwendigkeit einer Begleitperson durch die Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises nachzuweisen.)</i>		
Wurde in den letzten 3 Jahren bereits eine medizinische ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja:</b>		
Lag eine schwere, eine Krankenhausbehandlung erfordernde Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestand die Notwendigkeit einer sofortigen Einlieferung der oder des Kranken zur stationären Behandlung in eine Rehabilitationseinrichtung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist wegen einer schweren chronischen Erkrankung bzw. eines schweren chronischen Leidens aus zwingenden medizinischen Gründen eine medizinische ambulante Vorsorgeleistung in einem kürzeren Zeitraum notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Es wird ausdrücklich bescheinigt, dass die medizinische ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort medizinisch notwendig ist, nicht durch eine andere Behandlung/ Heilmaßnahme (am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich) mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann und die Einrichtung, in der die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll, geeignet ist.**

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

**Hinweise für die begutachtende Ärztin oder den begutachtenden Arzt:**

- In den letzten drei Jahren darf keine als beihilfefähig anerkannte ambulante Vorsorgeleistung nach § 38 Abs. 4 NBhVO durchgeführt und beendet worden sein. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der medizinischen ambulanten Vorsorgeleistung vor Ablauf von drei Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung muss vor Beginn ärztlich verordnet werden.
- Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung bedarf vor deren Beginn der beihilferechtlichen Anerkennung (Anerkennungsverfahren). Die Beihilfefestsetzungsstelle erkennt die Notwendigkeit an, wenn die ambulante medizinische Vorsorgeleistung medizinisch notwendig ist, eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort oder einer wohnortnahen Einrichtung für die Erreichung der Rehabilitationsziele wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Einrichtung in der die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll, geeignet ist.
- Als Kurort kommt nur ein anerkannter Kurort mit der folgenden Artbezeichnung in Frage: Kneipp-Heilbad, Mineralheilbad, Moorheilbad, Nordsee-Heilbad, Soleheilbad, Thermalheilbad, Heilklimatischer Kurort, Kneipp-Kurort, Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb, Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb, Ort mit Moor-Kurbetrieb oder Ort mit Sole-Kurbetrieb, oder ein Kurort in einem entsprechenden Ort in einem anderen Bundesland oder im Ausland, den das Fachministerium im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt gibt.
- Die Maßnahme muss zur Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen wird, zur Vermeidung der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes, zur Vorbeugung vor Erkrankungen, zur Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen oder zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen.

Durchschrift für Ihre Unterlagen

**Antragsteller/in** (Beihilfeberechtigte/r)

Name, Vorname geb. am Beihilfenummer

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Dienststelle/Anstellungskörperschaft

Landeskirche

Norddeutsche Kirchliche Versorgungskasse  
für Pfarrer und Kirchenbeamte (NKVK)  
Beihilfeabteilung  
Postfach 4563

30045 Hannover



**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung**

Name, Vorname geb. am

Zu den entstehenden Aufwendungen stehen mir (unabhängig von der Beihilfe)  
aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. Sozialgesetzbuch,  
Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz,  
Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglicher Regelungen Heilfürsorge,  
Krankenhilfe oder Kostenerstattung zu

ja

nein

Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung  
ist infolge eines Unfallschadens erforderlich

ja

nein

Wurde in den letzten 3 Jahren bereits eine beihilfefähig anerkannte  
ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt oder beendet?

ja

nein

Wenn ja,

vom .....bis .....

Die hiermit beantragte ambulante medizinische Vorsorgeleistung soll durchgeführt werden

vom .....bis .....

**Ort, in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll**

Ortsname

(Aufwendungen für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen sind nur in anerkannten Kurorten beihilfefähig. Eine abschließende Aufzählung dieser Orte enthält der Rd. Erl. des MF vom 02.01.2012 – 26-03541/ 0-1)

Den von meinem behandelnden Arzt ausgefüllten Vordruck „Ärztliche Bescheinigung“ füge ich in bei. Mit der ggf. Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden. Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Etwa sich ergebene Änderungen werde ich der Beihilfefestsetzungsstelle unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

Durchschrift für Ihre Unterlagen

**Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes**

**Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die Hinweise auf der Folgeseite!**

**Anlage zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung**



Name, Vorname der Patientin oder des Patienten
Anschrift
Die vorbezeichnete Person <input type="checkbox"/> wurde von mir ärztlich untersucht <input type="checkbox"/> steht in meiner ärztlichen Behandlung seit _____
<b>Beschwerden:</b> ..... ..... .....
<b>Diagnosen:</b> ..... ..... .....
<b>Bisherige Behandlungen</b> (Dauer und Erfolge, ambulant, stationär) ..... ..... .....
Ist ein Unfall oder ein nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) anerkanntes Versorgungsleiden die Ursache für die vorbezeichneten Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja:</b> nähere Angaben ..... .....
<b>Da die bisher eingesetzten therapeutischen Mittel am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mehr bieten, ist eine ambulante medizinische Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort <u>medizinisch dringend notwendig und erfolgversprechend</u> für eine Dauer von _____ Tagen</b>
Die Maßnahme soll durchgeführt werden in (Kurort in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll) ..... .....

## Durchschrift für Ihre Unterlagen

Ist wegen der Schwere der Erkrankung eine Begleitung während der Fahrten zur bzw. von der Behandlungsstätte erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist für die Durchführung der medizinischen Vorsorgeleistung eine Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>(Von Schwerbehinderten ist die Notwendigkeit einer Begleitperson durch die Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises nachzuweisen.)</i>		
Wurde in den letzten 3 Jahren bereits eine medizinische ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja:</b>		
Lag eine schwere, eine Krankenhausbehandlung erfordernde Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestand die Notwendigkeit einer sofortigen Einlieferung der oder des Kranken zur stationären Behandlung in eine Rehabilitationseinrichtung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist wegen einer schweren chronischen Erkrankung bzw. eines schweren chronischen Leidens aus zwingenden medizinischen Gründen eine medizinische ambulante Vorsorgeleistung in einem kürzeren Zeitraum notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Es wird ausdrücklich bescheinigt, dass die medizinische ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort medizinisch notwendig ist, nicht durch eine andere Behandlung/ Heilmaßnahme (am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich) mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann und die Einrichtung, in der die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll, geeignet ist.**

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

### Hinweise für die begutachtende Ärztin oder den begutachtenden Arzt:

- In den letzten drei Jahren darf keine als beihilfefähig anerkannte ambulante Vorsorgeleistung nach § 38 Abs. 4 NBhVO durchgeführt und beendet worden sein. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der medizinischen ambulanten Vorsorgeleistung vor Ablauf von drei Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung muss vor Beginn ärztlich verordnet werden.
- Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung bedarf vor deren Beginn der beihilferechtlichen Anerkennung (Anerkennungsverfahren). Die Beihilfefestsetzungsstelle erkennt die Notwendigkeit an, wenn die ambulante medizinische Vorsorgeleistung medizinisch notwendig ist, eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort oder einer wohnortnahen Einrichtung für die Erreichung der Rehabilitationsziele wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Einrichtung in der die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll, geeignet ist.
- Als Kurort kommt nur ein anerkannter Kurort mit der folgenden Artbezeichnung in Frage: Kneipp-Heilbad, Mineralheilbad, Moorheilbad, Nordsee-Heilbad, Soleheilbad, Thermalheilbad, Heilklimatischer Kurort, Kneipp-Kurort, Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb, Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb, Ort mit Moor-Kurbetrieb oder Ort mit Sole-Kurbetrieb, oder ein Kurort in einem entsprechenden Ort in einem anderen Bundesland oder im Ausland, den das Fachministerium im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt gibt.
- Die Maßnahme muss zur Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen wird, zur Vermeidung der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes, zur Vorbeugung vor Erkrankungen, zur Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen oder zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen.