

Beihilfenummer	Name, Vorname, der/des Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
----------------	---	--------------

**Norddeutsche kirchliche Versorgungskasse
für Pfarrer und Kirchbeamte (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563
30045 Hannover**



Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

1. Die Maßnahme wird beantragt für:			
Name des Elternteils	Vorname	Geburtsdatum	
Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind

2. Die Maßnahme soll in folgender Einrichtung durchgeführt werden:
Name und Anschrift
Aufwendungen für Mutter-Kind-Rehabilitationen/ Vater-Kind-Rehabilitationen sind nur beihilfefähig, wenn sie in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung, durchgeführt werden. Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.

3. Ergänzende Angaben (Fragen a – e bitte nur bei Behandlungsbedürftigkeit der/ des Beihilfeberechtigten beantworten!)	
a) Sind Sie in den dem Antragsmonat vorausgegangenen 3 Jahren ununterbrochen im kirchlichen/öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussheilbehandlung) durchgeführt und beendet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Haben Sie einen Antrag auf Entlassung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Sind Sie vorläufig des Dienstes enthoben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) Ist Ihnen bekannt, dass Ihr Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Mutter-Kind Rehabilitationsmaßnahme/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme enden wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f) Ist für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson erforderlich? <i>Von Schwerbehinderten ist die Notwendigkeit einer Begleitperson durch die Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises nachzuweisen.</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Steht Ihnen zu den entstehenden Aufwendungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe, Kostenersatz oder dgl. zu? <i>Als gesetzliche Anspruchsgrundlage kommen in Betracht: SGB V und VI, Knappschaftsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, BGB</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Anspruchsgrundlage (Bitte Bewilligungs- oder 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 liegt bei. Mit der eventl. Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden

Datum	Unterschrift der/ des Beihilfeberechtigten	Unterschrift des volljährigen Familienangehörigen, für den der Antrag gestellt wird
-------	--	---

Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes

Anlage zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme zur Vorlage bei der Beihilfefestsetzungsstelle.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die Hinweise auf Seite 2!

Elternteil	Name, Vorname, Geburtsdatum
Kind 1	Name, Vorname, Geburtsdatum <hr/> <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Kind 2	Name, Vorname, Geburtsdatum <hr/> <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind

Die vorbezeichnete(n) Person(en)

wurde(n) von mir ärztlich untersucht am _____

steht/ stehen bei mir in ärztlicher Behandlung seit _____

	Beschwerden:
Elternteil	_____
Kind 1	_____
Kind 2	_____
	Diagnosen:
Elternteil	
Kind 1	
Kind 2	
	Bisherige Behandlungen (Dauer und Erfolge, ambulant/stationär)
Elternteil	_____
Kind 1	_____
Kind 2	_____

Ist ein Unfall oder ein nach dem BVG anerkanntes Versorgungsleiden die Ursache für die bezeichneten Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte näherer Angaben		

Nachdem die bisher eingesetzten therapeutischen Mittel am Wohnort oder seinem Einzugsbereich keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mehr bieten, ist folgende Maßnahme medizinisch notwendig und erfolgsversprechend: <input type="checkbox"/> eine Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> eine Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme Die Maßnahme soll durchgeführt werden in (Ort und Bezeichnung der Einrichtung)

Nur auszufüllen bei einer Mutter-Kind –oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme für nicht behandlungsbedürftige Begleitkinder! <input type="checkbox"/> Die Einbeziehung des Kindes/ der Kinder ist für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung! Begründung: _____ _____
--

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
Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) beendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: 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 Mutter-Kind/ Vater-Kind-Rehabilitation in einem kürzeren Zeitraum notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Es wird ausdrücklich bescheinigt, dass die Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitation medizinisch notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung/ Heilmaßnahme (am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich) mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann.

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes
------------	--

Hinweise für die begutachtende Ärztin oder den begutachtenden Arzt:

- Die Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation setzt eine stationäre Behandlung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder eine andere nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannte Einrichtung voraus. Um eine gleichwertig anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht.
- Die Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation bedarf vor deren Beginn der beihilferechtlichen Anerkennung (Anerkennungsverfahren). Die Beihilfefestsetzungsstelle erkennt die Notwendigkeit an, wenn die Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation 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.
- Die Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitation muss vor Beginn ärztlich verordnet werden.
- In den letzten vier Jahren darf keine als beihilfefähig anerkannt Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 NBhVO, ausgenommen eine Maßnahme der Anschlussrehabilitation, durchgeführt und beendet worden sein. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Wenn allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation. In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für das Kind zu beantragen.

Durchschrift für Ihre Unterlagen

Beihilfenummer	Name, Vorname, der/des Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum
----------------	---	--------------

**Norddeutsche kirchliche Versorgungskasse
für Pfarrer und Kirchbeamte (NKVK)
Beihilfeabteilung
Postfach 4563
30045 Hannover**



Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

1. Die Maßnahme wird beantragt für:			
Name des Elternteils	Vorname	Geburtsdatum	
Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind

2. Die Maßnahme soll in folgender Einrichtung durchgeführt werden:
Name und Anschrift
Aufwendungen für Mutter-Kind-Rehabilitationen/ Vater-Kind-Rehabilitationen sind nur beihilfefähig, wenn sie in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung, durchgeführt werden. Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.

3. Ergänzende Angaben (Fragen a – e bitte nur bei Behandlungsbedürftigkeit der/ des Beihilfeberechtigten beantworten!)	
a) Sind Sie in den dem Antragsmonat vorausgegangenen 3 Jahren ununterbrochen im kirchlichen/öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussheilbehandlung) durchgeführt und beendet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Haben Sie einen Antrag auf Entlassung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Sind Sie vorläufig des Dienstes enthoben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) Ist Ihnen bekannt, dass Ihr Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Mutter-Kind Rehabilitationsmaßnahme/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme enden wird?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f) Ist für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson erforderlich? <i>Von Schwerbehinderten ist die Notwendigkeit einer Begleitperson durch die Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises nachzuweisen.</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Steht Ihnen zu den entstehenden Aufwendungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe, Kostenersatz oder dgl. zu? <i>Als gesetzliche Anspruchsgrundlage kommen in Betracht: SGB V und VI, Knappschaftsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, BGB</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Anspruchsgrundlage (Bitte Bewilligungs- oder 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 liegt bei. Mit der eventl. Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden

Datum	Unterschrift der/ des Beihilfeberechtigten	Unterschrift des volljährigen Familienangehörigen, für den der Antrag gestellt wird
-------	--	---

Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes

Anlage zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/ Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme zur Vorlage bei der Beihilfefestsetzungsstelle.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die Hinweise auf Seite 2!

Elternteil	Name, Vorname, Geburtsdatum
Kind 1	Name, Vorname, Geburtsdatum <hr/> <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind
Kind 2	Name, Vorname, Geburtsdatum <hr/> <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftiges Begleitkind <input type="checkbox"/> nicht behandlungsbedürftiges Begleitkind

Die vorbezeichnete(n) Person(en)

wurde(n) von mir ärztlich untersucht am _____

steht/ stehen bei mir in ärztlicher Behandlung seit _____

	Beschwerden:
Elternteil	_____
Kind 1	_____
Kind 2	_____
	Diagnosen:
Elternteil	
Kind 1	
Kind 2	
	Bisherige Behandlungen (Dauer und Erfolge, ambulant/stationär)
Elternteil	_____
Kind 1	_____
Kind 2	_____

Durchschrift für Ihre Unterlagen

Ist ein Unfall oder ein nach dem BVG anerkanntes Versorgungsleiden die Ursache für die bezeichneten Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte näherer Angaben		

Nachdem die bisher eingesetzten therapeutischen Mittel am Wohnort oder seinem Einzugsbereich keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mehr bieten, ist folgende Maßnahme medizinisch notwendig und erfolgsversprechend:

eine Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme eine Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

Die Maßnahme soll durchgeführt werden in (Ort und Bezeichnung der Einrichtung)

Nur auszufüllen bei einer Mutter-Kind –oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme für nicht behandlungsbedürftige Begleitkinder!

Die Einbeziehung des Kindes/ der Kinder ist für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung!

Begründung:

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
Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) beendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja:		
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 Mutter-Kind/ Vater-Kind-Rehabilitation in einem kürzeren Zeitraum notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Es wird ausdrücklich bescheinigt, dass die Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitation medizinisch notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung/ Heilmaßnahme (am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich) mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann.

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes
------------	--

Hinweise für die begutachtende Ärztin oder den begutachtenden Arzt:

- Die Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation setzt eine stationäre Behandlung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder eine andere nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannte Einrichtung voraus. Um eine gleichwertig anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht.
- Die Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation bedarf vor deren Beginn der beihilferechtlichen Anerkennung (Anerkennungsverfahren). Die Beihilfefestsetzungsstelle erkennt die Notwendigkeit an, wenn die Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation 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.
- Die Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitation muss vor Beginn ärztlich verordnet werden.
- In den letzten vier Jahren darf keine als beihilfefähig anerkannt Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 NBhVO, ausgenommen eine Maßnahme der Anschlussrehabilitation, durchgeführt und beendet worden sein. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Wenn allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind-oder Vater-Kind-Rehabilitation. In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für das Kind zu beantragen.