

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

.....  
Name, Vorname geb. am Beihilfenummer  
.....  
Straße Hausnummer  
.....  
PLZ Wohnort

Norddeutsche Kirchliche  
Versorgungskasse (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  ja  nein  
stehen mir aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. Sozialgesetzbuch,  
Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz,  
Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglicher Regelungen  
Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung zu

Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung  ja  nein  
ist infolge eines Unfallschadens erforderlich

Wurde in den letzten 3 Jahren bereits eine beihilfefähig anerkannte  ja  nein  
ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt oder beendet? 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 –VORIS 20444-))**

**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 Beihilfestsetzungsstelle unverzüglich mitteilen.**

|       |                                   |  |
|-------|-----------------------------------|--|
| Datum | Unterschrift Beihilfeberechtigter | Unterschrift der volljährigen Person, für die der Antrag gestellt wird (wenn nicht identisch mit dem Beihilfeberechtigten) |
|-------|-----------------------------------|--|

**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  |   |
| Die vorbezeichnete Person<br><input type="checkbox"/> wurde von mir ärztlich untersucht <input type="checkbox"/> steht in meiner ärztlichen Behandlung seit _____   |   |
| <b>Beschwerden:</b><br>.....<br>.....<br>.....  |   |
| <b>Diagnosen:</b><br>.....<br>.....<br>.....  |   |
| <b>Bisherige Behandlungen</b> (Dauer und Erfolg, ambulant, stationär)<br>.....<br>.....<br>.....  |   |
| Folgende Vorsorgeleistung ist medizinisch notwendig zur Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, zur Vorbeugung oder Verschlimmerung von Erkrankungen, da eine ärztliche Behandlung und eine Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht ausreichen:<br><input type="checkbox"/> ambulante medizinische Vorsorge in einem anerkannten Kurort für _____ Tage<br>Die Maßnahme soll durchgeführt werden in (Kurort in dem die ambulante medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll)<br>.....<br>..... |   |
| Ist wegen der Schwere der Erkrankung eine Begleitung während der Fahrten zur bzw. von der ambulanten med. Vorsorgeleistung 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 |
| Wenn ja, Begründung:<br>.....<br>.....  |   |

|  |  |                             |                               |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurde in den letzten drei Jahren eine als beihilfefähig anerkannte ambulante medizinische Vorsorgeleistung in einem Kurort durchgeführt? |  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Wenn ja:</b> Begründung für die vorzeitige Durchführung der ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung                                 |  |                             |                               |
| .....  |  |                             |                               |
| .....  |  |                             |                               |
| .....  |  |                             |                               |

**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.**

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Ort, Datum</b> | <b>Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes</b> |
|                   |   |

**Hinweise für die Ärztin oder den Arzt zur Beihilfefähigkeit der Maßnahme:**

- Die Aufwendungen für eine ambulante medizinische Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme 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 notwendig ist.
- Die Vorsorgeleistung muss in einem anerkannten Kurort durchgeführt werden. Als Kurort kommt nur ein anerkannter Kurort mit der folgenden Artbezeichnung in Frage: KneippHeilbad, 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 Vorsorgeleistung ist in einer geeigneten Einrichtung durchzuführen.
- Die Vorsorgeleistung muss ärztlich verordnet werden und ist auf höchstens 21 Tage (ohne An- und Abreise) begrenzt. Eine Verlängerung ist nicht beihilfefähig.
- Vor Beginn der Vorsorgeleistung ist eine Anerkennung der Notwendigkeit der Vorsorgeleistung durch die Beihilfefestsetzungsstelle erforderlich.
- Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn nach Durchführung der letzten als beihilfefähig anerkannten Vorsorgeleistung drei Jahre vergangen sind. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf von drei Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.