

Kassel documenta Stadt
Magistrat
Gesundheitsamt Region Kassel
Amtsärztlicher Dienst

Amtsärztlicher Dienst
geschaeftszimmer_531@kassel.de
Telefon 0561 787 1922
Fax 0561 787 1912
IBAN DE16 5205 0353 0000 0110 99
BIC HELADEF1KAS

Montag – Donnerstag
9 – 15 Uhr
Freitag
9 – 12.30 Uhr
und nach Vereinbarung

Behördennummer 115
Rechtshinweise
zur elektronischen
Kommunikation
im Impressum unter
www.kassel.de

34112 Kassel documenta Stadt

Antragsteller für
Rehabilitationsmaßnahmen

Kassel documenta Stadt

1 von 6

Antrag für eine Rehabilitationsmaßnahme

Guten Tag,

Sie haben bei Ihrer Beihilfestelle die Übernahme von Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt. In diesem Zusammenhang ist aufgrund der geltenden beihilferechtlichen Vorschriften nachzuweisen, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine solche Maßnahme gegeben sind. Dies geschieht zunächst durch Vorlage eines Attestes des jeweils behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin, in dem dieser/diese die Notwendigkeit ausdrücklich begründet.

Laut Beihilfenverordnung (HBeihVO) ist im Rahmen der amtsärztlichen Prüfung darüber hinaus festzustellen, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen nicht ausreichend sind. Hierzu soll der nachfolgende Fragebogen dienen, den Sie bitte Ihre Ärztin / Ihren Arzt ausfüllen und unterschreiben lassen und uns zusenden.

Wir bitten Sie auch, uns den von Ihnen ausgefüllten Anamnesebogen zu kommen zu lassen und eine Mitteilung, in welcher Rehabilitationseinrichtung/Ort Sie die Maßnahme durchführen möchten.

Freundliche Grüße
Im Auftrag

Dieses Schreiben ist ohne Unterschrift gültig.

**Kassel documenta Stadt
Magistrat
Gesundheitsamt Region Kassel
Amtsärztlicher Dienst**

Amtsärztlicher Dienst
geschaefzimmer_531@kassel.de
Telefon 0561 787 1922
Fax 0561 787 1912
IBAN DE16 5205 0353 0000 0110 99
BIC HELADEF1KAS

Montag – Donnerstag
9 – 15 Uhr
Freitag
9 – 12.30 Uhr
und nach Vereinbarung

Behördennummer 115
Rechtshinweise
zur elektronischen
Kommunikation
im Impressum unter
www.kassel.de

Kassel documenta Stadt

2 von 6

An die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Guten Tag,

zu dem Ihrerseits für Ihre Patientin / Ihren Patienten angeregten Rehabilitationsantrag wurde eine amtsärztliche Stellungnahme angefordert. Hierzu wird um ergänzende medizinische Erläuterungen gebeten.

Diese Nachfrage ist vereinfachend angelehnt an die Verordnung von medizinischer Rehabilitation gemäß KV-Vordruck Nr. 61 und soll die medizinische Erfordernis der vorgesehenen Maßnahme begründen.

Da Ihre fachlichen Vorinformationen und Empfehlungen ggfs. auch zur Weitergabe an den Kurarzt dienen sollen, ist eine detaillierte und Ziel führende Ausfertigung erforderlich und erbeten.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen

Freundliche Grüße
Gesundheitsamt Region Kassel

Erweitertes haus-/fachärztliches Rehabilitationsattest

Name

Titel Vorname

Geburtsdatum

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Tel.

Mailadresse

arbeitsunfähig nein

ja, seit wegen

Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer aktuellen Bedeutung - möglichst als Funktionsdiagnose)

1.

2.

3.

4.

5.

sonstiges

Krankheitsvorgeschichte

Beginn:

Ausprägung
und Verlauf:

Derzeitiger Stand
und Problematik:

(Ggf. bitte Originalunterlagen in Kopie beifügen.)

Therapeutisches Resümee

	zuletzt ambulant durchgeführt		Erfolg		im Rahmen der Reha empfohlen
	von – bis	Anzahl	ja	nein	
Krankengymnastik					
Bewegungs-/Sporttherapie					
Rückenschule					
Schmerztherapie					
Gefäßtraining					
Inhalationen					
Atemgymnastik					
Ernährungsberatung/Diätschulung					
Diabetikerschulung					
Entwöhnungsbehandlung					
Nichtrauchertraining					
Entspannungstherapie					
Psychotherapie					
Hirnleistungstraining					
Logopädie					
Ergotherapie					
sonstige Maßnahmen:					

Bitte beachten: Eine stationäre Reha-Maßnahme bzw. ein Sanatoriums-Aufenthalt ist nur dann möglich, wenn die ambulanten Maßnahmen zur Besserung der die Maßnahme begründenden Erkrankung(en) vor Ort ausgeschöpft wurden. Ggf. bitte Originalunterlagen in Kopie beifügen.

Risikofaktoren/Gefährdung durch

Alkohol

Drogen

Nikotin

Derzeitige Medikamente

Gründe für eine unzureichende Wirksamkeit der bisherigen ambulanten Maßnahmen

Konkrete Indikationen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme

(über ambulante Rehabilitationskriterien hinaus)

Angestrebte Zielklinik (Ort, Name der Zielklinik)

BITTE BEACHTEN: ohne Nennung der Zielklinik ist eine Bearbeitung des Antrag nicht möglich!

Im Jahr der Antragstellung oder in den vergangenen drei Kalenderjahren wurde eine Rehabilitationsmaßnahme anerkannt und durchgeführt

Ja

Nein

Anmerkungen / Empfehlungen

(bei Bedarf bitte Beiblatt verwenden)

Stempel



Ort, Datum

Unterschrift Arzt/ Ärztin