

Abrechnungsnummer (bitte immer angeben)

Performa Nord  
P 3 - Beihilfeberechnungsstelle  
Schillerstr.1  
  
28195 Bremen

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒  
oder ausfüllen.

**Antrag für privat versicherte berücksichtigungsfähige Angehörige auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (§ 29 NBhVO)**

**1 Antragsteller(in)**

Name, Vorname	Private Telefonnr.	Dienstl. Telefonnr.
Beschäftigungsdienststelle		

**2 Maßnahme**

Vorgesehene Einrichtung
-------------------------

**3 Ich stelle diesen Antrag für**

meinen Ehegatten       mein Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**4 Wurde im laufenden oder in den drei vorangegangenen Jahren vor Antragstellung eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?**

Nein       Ja , vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Der Antrag ist in zweifacher Ausfertigung bei Performa Nord – P 3 – unter Beifügung eines ärztlichen Attestes mit detaillierter Begründung über die Notwendigkeit der Heilmaßnahme einzureichen.**

Ort, Datum

Unterschrift