

Antrag auf eine stationäre / ambulante Rehabilitationsmaßnahme

Personalnummer: _____

1. Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon dienstlich: _____ Telefon privat: _____

2. **Ich beantrage** die Bewilligung einer Maßnahme gem. § 15 Heilfürsorge-Verordnung die Bewilligung der Kostenübernahme für

die Einweisung in eine Reha-Klinik Einrichtung: _____
 die Einweisung in ein Sanatorium Einrichtung: _____

3. **Ich bestätige**, dass ich

- seit 3 Jahren **ununterbrochen** im öffentlichen Dienst beschäftigt bin
- keinen** Antrag auf Entlassung gestellt habe
- nicht innerhalb der nächsten 6 Monate aus dem Dienst ausscheide oder Urlaub ohne Dienstbezüge in Anspruch nehme
- nicht aus straf- oder disziplinarrechtlichen Gründen des Dienstes enthoben worden bin
- den Antrag nicht im Zusammenhang mit einem anerkannten Dienstunfall stelle
- in den **letzten 3 Jahren keine** Heilkur/Sanatoriumsaufenthalt erhalten habe
- im Jahr _____ eine Heilkur /Sanatoriumsaufenthalt erhalten habe
- keinen** Antrag auf eine **Vorsorgekur** gem. § 13 Heilfürsorge V gestellt habe

Dem Antrag ist ein ärztliches Attest beizufügen, aus dem folgende Angaben zu entnehmen sind:

- Dauer und Grund von attestierten Arbeitsunfähigkeiten (Krankheiten)
- Art und Umfang von durchgeführten ambulanten Maßnahmen
- Falls mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen: Welche Erkrankung steht im Vordergrund? (Arztbericht erforderlich ! Ggf. sind weitere Facharztbefunde oder Krankenhausberichte beizufügen)
- Mit welchen Maßnahmen soll welcher Therapieerfolg erreicht werden?
- Welche Kureinrichtung wird vom Arzt empfohlen?

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und weiß, dass ich die Kosten der Kur in voller Höhe selbst zu tragen habe, sofern ich hier falsche Angaben gemacht habe.

4. Mir ist bekannt, dass ich für die Maßnahme (stationär /ambulant) verpflichtet bin, einen Eigenanteil i. H. von 9,00 Euro pro Tag zu leisten habe.

Bremen, den _____

Unterschrift