

Absender

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste Saarland  
70644 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

### Antrag auf Anerkennung einer stationären Sanatoriumsbehandlung

Ich beantrage eine stationäre Sanatoriumsbehandlung für

mich  
Ehe-/Lebenspartner\*in  
Kind

Name des/der Ehe-/Lebenspartner\*in  
oder Kindes

Die zu behandelnde Person hat im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung durchgeführt und beendet.

Ja

Die zu behandelnde Person hat Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern.

Ja  
bei

Die zu behandelnde Person erhält zurzeit Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

Ja  
von

Für folgende Rehabilitationseinrichtung wird die Maßnahme beantragt.

#### Hinweis zu Ansprüchen gegenüber anderen Kostenträgern

Beihilfeberechtigte mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 11 SGB VI) und Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 23, 24, 40 und 41 SGB V) haben zunächst diese Leistungen beim Versicherungsträger zu beantragen. Nur wenn der Versicherungsträger die Leistungen ablehnt, können ggf. die Aufwendungen zu einer Rehabilitationsmaßnahme als beihilfefähig anerkannt werden. Die Ablehnungs- bzw. Zuschussbescheide der Versicherungsträger sind beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift beihilfeberechtigte Person bzw. bevollmächtigte Person

**Anlage** Ärztliche Verordnung

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste Saarland  
70644 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

### Verordnung einer stationären Sanatoriumsbehandlung – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen

Hinweis für die behandelnde ärztliche Person: Unvollständige Angaben führen zu einer Verzögerung der Anerkennung bzw. zu vermeidbaren Rückfragen evtl. sogar zu einer Ablehnung der verordneten Behandlung.

Zu behandelnde Person

Geburtsdatum

Name, Vorname

### Sozialanamnese

Lebenssituation der zu behandelnden Person

Allein lebend  
mit Ehe-/Lebenspartner\*in

betreutes Wohnen

mit/bei Kindern

Pflegeeinrichtung

Unterstützende  
Angehörige in der Nähe

Die zu behandelnde Person ist krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt.

Ja

Es liegt eine Pflegegrad vor bzw. es wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt.

Ja

Pflegegrad

seit

Es ist eine Schwerbehinderung anerkannt.

Ja

GdB und Merkzeichen

### Klinische Anamnese

Welche Beschwerden liegen vor und seit wann? Wie ist der Krankheitsverlauf?

## Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

---

Hauptdiagnose  
(in Worten und nach ICD-10)

Weitere Diagnosen oder Indikationen,  
die den Antrag begründen  
(in Worten und nach ICD-10)

---

Die Diagnose(n) ist/sind zurückzuführen auf:

Dienst- oder Arbeitsunfall  
sonstiger Unfall  
Berufskrankheit  
Versorgungsleiden / Gesundheitsschaden (BVG /OEG)

---

Sind Infekte und/oder Keime vorhanden? Ja  
Wenn Ja, welche?

Gibt es psychosoziale Faktoren die Ja  
zu beachten sind (z.B. Depression,  
Psychische Belastungen, Ängste ...)? Wenn Ja, welche?

### Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

---

Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

---

Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

|  | Keine Beeinträchtigungen | Schwierigkeiten (verlangt mit Hilfsmitteln) | Personelle Hilfe nötig | Nicht durchführbar |
|--|--------------------------|---|------------------------|--------------------|
| <b>Kommunikation</b><br>(z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)   |                          |   |                        |                    |
| <b>Mobilität</b><br>(z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken) |                          |   |                        |                    |
| <b>Selbstversorgung</b><br>(z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)                                   |                          |   |                        |                    |
| <b>Häusliches Leben</b><br>(z.B. Haushaltsführung)   |                          |   |                        |                    |
| <b>Interpersonelle Aktivitäten</b><br>(z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)                          |                          |   |                        |                    |
| <b>Bedeutende Lebensbereiche</b><br>(z.B. Arbeit und Beschäftigung)  |                          |   |                        |                    |

Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich? Ja Nein

Wenn Nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

Sonstige Beeinträchtigungen (z.B. Inkontinenz, Paresen, Demenz)

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z.B. Barthel-Index)

---

Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht aufgeführt:

Persönliches und familiäres Umfeld (z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z.B. Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

---

Es liegen folgende Risikofaktoren vor:

|  |                 |
|--|-----------------|
| Alkoholmissbrauch                            | Übergewicht     |
| Nikotin                                      | Bewegungsmangel |
| Drogenmissbrauch /<br>Medikamentenmissbrauch | Sonstiges       |

---

### **Maßnahmen der Krankenbehandlung (in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation)**

---

Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

---

| <b>Heilmittel</b>                                 | <b>In den letzten 12<br/>Monaten erfolgt</b> | <b>Anzahl</b> | <b>Aussichts-<br/>reich</b> |
|---|--|---------------|-----------------------------|
| Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)          |  |               |                             |
| Bewegungstherapie (z.B. KG und manuelle Therapie) |  |               |                             |
| Traktionsbehandlung                               |  |               |                             |
| Elektrotherapie                                   |  |               |                             |
| Inhalation  |  |               |                             |
| Wärme-/Kältetherapie                              |  |               |                             |
| Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie                |  |               |                             |
| Ergotherapie                                      |  |               |                             |

---

Hinweis zu der abgegebenen Einschätzung

---

Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel (Welche? Seit wann? Aussichtsreich?)

---

**Andere Maßnahmen**

Durchgeführt

Aussichtsreich

Psychotherapie

Rehabilitationssport/Funktionstraining

Patientenschulung

Ernährungsberatung

Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen

Sonstiges

---

**Rehabilitationsfähigkeit**

---

Die zu behandelnde Person verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit

Ja

Die zu behandelnde Person verfügt über die erforderliche Mobilität

Ja

Die zu behandelnde Person verfügt über eine ausreichende Motivation

Ja

Die zu behandelnde Person ist motivierbar

Ja

---

**Rehabilitationsziele**

---

Ziele aus Sicht der behandelnden ärztlichen Person im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person/Angehörigen

---

**Rehabilitationsprognose**

---

Eine positive Rehabilitationsprognose besteht hinsichtlich der:

Schädigungen  
Aktivitäten und Teilhabe  
Kontextfaktoren  
Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person

---

## Sonstige Angaben

---

Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

---

Die Anreise kann erfolgen mit:

Öffentlichen Verkehrsmitteln  
privaten PKW  
andere

---

Die beantragte Sanatoriumsbehandlung ist vor Ablauf der Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig. Ja  
Weil

Eine stationäre Sanatoriumsbehandlung wird dann als notwendig angesehen, wenn sie nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann.

---

Folgende Rehabilitationsklinik(en) ist/sind zur Durchführung der Behandlung als geeignet anzusehen (inkl. Ortsangabe)

---

Folgende spezifischen Therapiemaßnahmen werden vorgeschlagen

---

Voraussichtlich benötigte Rehabilitationsdauer in Tagen (max. 21 Tage)

Ausnahme: Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich; wird von der behandelnden ärztlichen Person der Rehabilitationsklinik beantragt.

---

Für die Angaben des Arztes ist die GOÄ- Ziffer 75 berechnungsfähig.

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person

Anlagen