

Absender

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste Saarland  
70644 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Antrag auf Anerkennung einer Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

---

Ich beantrage eine Mutter/Vater-  
Kind-Rehabilitationsmaßnahme für Name/Vorname der erwachsenen  
zu behandelnden Person

Name(n) des/der mitreisenden  
Kindes/Kinder

---

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

---

---

Das/die Kind(er) ist/sind versichert bei

PBeaKK

Sonstige  
Krankenversicherung

---

Die Maßnahme für das/die Kind(er) wird  
beantragt, weil das Kind ebenfalls  
behandlungsbedürftig ist

Ja

Nein,  
sonstige Gründe

---

Ort, Datum

---

Unterschrift beihilfeberechtigte bzw. bevollmächtigte Person

**Anlage**  
Ärztliche Verordnung

Absender

Beihilfenummer

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste Saarland  
70644 Stuttgart

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

### Verordnung einer Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme – 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

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 ein 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 zu beachten sind (z.B. Depression, Psychische Belastungen, Ängste ...)? Ja

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 (verlangsam mit Hilfsmitteln)	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)				
<b>Mobilität</b> (z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)				
<b>Selbstversorgung</b> (z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)				
<b>Häusliches Leben</b> (z.B. Haushaltsführung)				
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)				
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (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 / 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 Monaten erfolgt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Aussichtsreich</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?)

---

<b>Andere Maßnahmen</b>	<b>Durchgeführt</b>	<b>Aussichtsreich</b>
Psychotherapie		
Rehabilitationssport/Funktionstraining		
Patientenschulung		
Ernährungsberatung		
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen		
Sonstiges		

---

## Rehabilitationsfähigkeit

---

Österreichische Bundesregierung	verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit	Ja
Österreichische Bundesregierung	verfügt über die erforderliche Mobilität	Ja
Österreichische Bundesregierung	verfügt über eine ausreichende Motivation	Ja
Österreichische Bundesregierung	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 des Patienten/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 Rehabilitationsleistung ist vor Ablauf der Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig.

Ja

Weil

---

## Zusammenfassende Wertung

---

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).

---

Für die Angaben der behandelnden ärztlichen Person ist die GOÄ- Ziffer 75 berechnungsfähig.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person