١	Nachname	Vorname	
Absende	Straße	Hausnummer	
	PLZ	Ort	

Beihilfenummer	

Geburtsdatum

Zentrale Scanstelle Beihilfe 32746 Detmold

## Antrag auf Voranerkennung Reha/Kur

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Voranerkennung folgender Maßnahme:

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Mutter-Vater-Kind-Kur

Ambulante Kurmaßnahme

Ambulante Rehabilitationsmaßnahme

Bitte fügen Sie für jede behandlungsbedürftige Person eine **ärztliche Bescheinigung** bei. Für mitreisende Begleitpersonen und Begleitkinder ist dies nicht notwendig. Dann wird ggf. eine Pauschale für Unterkunft und Verpflegung gezahlt.

## Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung

Folgende Personen sollen an der Maßnahme teilnehmen

(Mehrfachnennung nur bei Mutter-Vater-Kind-Kuren möglich.

Name, Vorname	Geburtsdatum	behandlungs- bedürftig	Begleitperson/ Begleitkind

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfestelle die übersandten ärztlichen Stellungnahmen mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt oder die Ärztekammer zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der geplanten Maßnahme weiterleitet.

	Beihilfestelle bzw. einer/einem von der Beihilfestelle zur Stellungnahme gebetenen							
	Gutachterin/Gutachter oder gegenüber der Ärzte-/Zahnärztekammer:							

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit nach Artikel 7 Absatz 3 Datenschutz Grundverordnung (DSVGO) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mir ist ferner bekannt, dass mit einer Rückfrage oder einer Untersuchung durch das Gesundheitsamt zu rechnen ist und dass die Kosten für das Gutachten zunächst von mir selbst zu tragen sind, die Aufwendungen jedoch im Rahmen eines Beihilfeantrags geltend gemacht werden können und eine Erstattung daher nur im Rahmen des geltenden Bemessungssatzes möglich ist (50, 70 oder 80 Prozent).