PBeaKK
Gesund versichert.

Absender

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Datum

Telefon

Antrag auf Anerkennung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bzw. neurologischen Erkrankungen

Ich beantrage eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bzw. bei neurologischer Erkrankung für:

- mich ☐
- Ehe-/Lebensparter*in ☐
- Kind ☐

Name des Ehe-/Lebensparter*in oder Kindes

Die zu behandelnde Person hat im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig oder durch die PBeaKK als erstattungsfähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme 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.

Die Behandlungskosten sollen mir als Selbstzahler in Rechnung gestellt werden (detaillierte Abrechnung)? Ja ☐

oder

Die Behandlungskosten sollen mit der PBeaKK direkt abgerechnet werden (Pauschalabrechnung)? Ja ☐

Hinweis zur Abrechnung einer Rehabilitationsmaßnahme

Bei der Pauschalabrechnung zahlt die PBeaKK die Behandlungskosten direkt an die Klinik. Mit der Wahl der Pauschalabrechnung verpflichte ich mich, den sich aus Selbstbehalt und Eigenbehalt ergebenden Betrag an die PBeaKK nach Aufforderung innerhalb von 2 Wochen zurückzuzahlen. Die voraussichtliche Höhe dieses Betrages wird mir mit dem Anerkennungsbescheid mitgeteilt. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Bedingungen verbindlich an. Nähere Informationen zu den Abrechnungsmöglichkeiten entnehmen Sie bitte unserer Infobroschüre oder fragen bei unserer Kundenberatung an.

Hinweis bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen muss die ärztliche Verordnung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie erstellt worden sein.

Hinweis bei neurologischen Erkrankungen

Bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung von neurologischen Erkrankungen muss die ärztliche Verordnung durch einen Facharzt für Neurologie erstellt worden sein.

Ich habe die Verordnung der behandelnden ärztlichen Person und weitere Befunde sowie Schlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre für die PBeaKK bzw. die mich begutachtende Person als Anlage beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

Anlage
Ärztliche Verordnung

PBeaKK
Gesund versichert.

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Verordnung einer stationären Rehabilitationsbehandlung von psychischen und psychosomatischen bzw. neurologischen Erkrankungen – vom Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder vom Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. vom Facharzt für Neurologie auszufüllen

Hinweis für die behandelnde ärztliche Person: die begutachtende Person entscheidet über die Notwendigkeit grundsätzlich nach Aktenlage. 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 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 (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar
Kommunikation (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	☐	☐	☐	☐
Mobilität (z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung (z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (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)

Heilmittel	**In den letzten 12 Monaten erfolgt**	**Anzahl**	**Aussichts-reich**
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/Angehörigen	☐

Sonstige Angaben

Besondere Anforderungen an die Rehabiliationseinrichtung (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

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme 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 der behandelnden ärztlichen Person ist beim EBM die Ziffer 01611 für Mitglieder der Gruppe A und die GOÄ- Ziffer 75 für Mitglieder der Gruppe B berechnungsfähig.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person

Anlagen

Versicherungsnummer

Name, Vorname des Mitglieds

L 184

PBeaKK
Gesund versichert.

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Einwilligungserklärung zur Übermittlung personenbezogener Daten an eine begutachtende Person

Leistungen der Beihilfe des Bundes und der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) erhalte ich nur, wenn nach Maßgabe der Bundesbeihilfeverordnung und der Satzung der PBeaKK eine medizinische Notwendigkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme wegen Krankheit vorliegt (§§43 und 44 der Satzung der PBeaKK sowie § 36 BBhV). Zu diesem Zweck beauftragt die PBeaKK die Firma IMB Consult GmbH, Gesellschaft für medizinische Gutachten (kurz IMB) mit Sitz in Bochum, mit der Erstellung eines Gutachtens. IMB ist ihrerseits berechtigt, die Begutachtung dem Zentrum für medizinische Begutachtungen (ZMB) bzw. einem in der Nähe meines Wohnsitzes ansässigen Arztes zu übertragen. Mit deutlichem Kennzeichnen (Ankreuzen) erkläre ich nachfolgend:

☐ Die mich behandelnde ärztliche Person erhält die von mir ausgefüllte Schweigepflichts-entbindung. Ich ermächtige ihn mit der Übermittlung medizinischer Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ an die PBeaKK. Die PBeaKK ihrerseits gibt die Begutachtung damit an IMB in Auftrag. Wird eine körperliche Begutachtung notwendig, so wird ZMB mit dieser beauftragt. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

☐ Die mich behandelnde ärztliche Person händigt mir selbst die notwendigen Daten aus. Ich selbst werde die Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ an die PBeaKK weiterleiten, damit diese IMB mit der Begutachtung beauftragen kann. Wird eine körperliche Begutachtung notwendig, so wird ZMB von IMB mit dieser beauftragt. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

Datenschutzhinweis: Nach Erhalt meiner Daten sind IMB und ZMB berechtigt, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für eine ordnungsgemäße Begutachtung erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhobenen Daten von IMB und ZMB nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet werden. Eine Löschung/Vernichtung meiner Daten erfolgt spätestens sechs Monate nach Erstellung des Gutachtens.

☐ Mit der Weitergabe der für eine Begutachtung erforderlichen Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ an IMB und ZMB bin ich nicht einverstanden. Eine Weiterbearbeitung meines Antrages kann in diesem Fall nicht erfolgen.

Diese Erklärung gilt nur für den konkret benannten, vorliegenden Einzelfall und ist nicht allgemeingültig.

Ort, Datum

Unterschrift

Versicherungsnummer

Name, Vorname des Mitglieds

L 184

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die PBeaKK muss als Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost sowie als Festsetzungsstelle die Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit der von mir beantragen Rehabilitationsmaßnahme entsprechend der Vorgaben der §§ 43 und 44 Satzung PBeaKK und § 36 Bundesbeihilfeverordnung prüfen.

Aufgrund meiner von mir beantragten Leistungen zur Rehabilitation erkläre ich durch deutliches Kennzeichnen (Ankreuzen):

☐ Hiermit entbinde ich die mich behandelnde ärztliche Person

_____

von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie / Er darf die für die Prüfung der Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Unterlagen direkt an die Postbeamtenkrankenkasse – Competence Center Stationäre Leistungen, Team Rehabilitation – 70467 Stuttgart, schicken. Mit meiner Unterschrift zu dieser Schweigepflichtentbindung willige ich ausdrücklich ein, dass für eine notwendige Begutachtung im Zusammenhang mit der Prüfung der Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom _____ von der mich ärztlich behandelnden Person an die PBeaKK weitergegeben werden und die PBeaKK die Gesellschaft für medizinische Gutachten (kurz IMB) mit der Begutachtung beauftragt.

Ort, Datum

Unterschrift

Zurücksetzen