

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Aktiv Beschäftigte Post: Antrag auf Anerkennung einer Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

---

Ich beantrage eine Mutter/Vater-  
Kind-Rehabilitationsmaßnahme für

Name/Vorname des  
erwachsenen Patienten

Name(n) des/der  
mitreisenden Kindes/Kinder

Die/Der Patientin/Patient hat im laufenden oder in den 3  
vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfe-  
fähig oder durch die PBeaKK als erstattungsfähig anerkannte  
Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt und beendet.

Ja

Die/Der Patientin/Patient hat Ansprüche  
gegenüber anderen Kostenträgern.

Ja

bei

Die/Der Patientin/Patient 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  
(s. ärztliches Attest)

Ja

Nein,  
sonstige Gründe

---

Ich habe die Verordnung des Arztes und weitere Befunde sowie Schlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre für die PBeaKK bzw. den Gutachter als Anlage beigefügt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied bzw. Bevollmächtigte/r

**Anlage**  
Ärztliche Verordnung

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Verordnung einer Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme – vom Arzt auszufüllen

Hinweis für den Arzt: Der Gutachter 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.

Angaben zum Patienten

Geburtsdatum

Name, Vorname

---

### Sozialanamnese

Lebenssituation der/des  
Patientin/Patienten

Allein lebend  
mit (Ehe-) Partner/-in

betreutes Wohnen

mit/bei Kindern

Pflegeeinrichtung

Unterstützende  
Angehörige in der Nähe

Die/Der Patientin/Patient 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

---

Die/Der Patientin/Patient verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit Ja

---

Die/Der Patientin/Patient verfügt über die erforderliche Mobilität Ja

---

Die/Der Patientin/Patient verfügt über eine ausreichende Motivation Ja

---

Die/Der Patientin/Patient ist motivierbar Ja

---

## Rehabilitationsziele

---

Ziele aus Sicht des Arztes 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 des  
Patienten/Angehörigen

---



## 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 des Arztes 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 des/der behandelnden Arztes/Ärztin

Anlagen

**Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart**

## **Einwilligungserklärung zur Übermittlung personenbezogener Daten an einen Gutachter**

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 Satzung PBeaKK sowie § 36 BBhV). Zu diesem Zweck beauftragt die PBeaKK die Deutsche Post AG, Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz (im Folgenden DPAG) mit der Erstellung eines Gutachtens. Mit deutlichem Kennzeichnen (Ankreuzen) erkläre ich nachfolgend:

Mein behandelnder Arzt erhält die von mir ausgefüllte Schweigepflichtentbindung. 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 die DPAG in Auftrag. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

Mein behandelnder Arzt händigt mir selbst die notwendigen Daten aus. Ich selbst werde die Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom \_\_\_\_\_ an die PBeaKK weiterleiten, damit diese die DPAG mit der Begutachtung beauftragen kann. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

Datenschutzhinweis: Nach Erhalt meiner Daten ist die DPAG 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 der DPAG 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 die DPAG 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

---

---

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 beantragten 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 meine mich behandelnde Ärztin / meinen mich behandelnden Arzt

Frau / Herr \_\_\_\_\_

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- und Beihilfefähigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom \_\_\_\_\_ von meinem behandelnden Arzt an die PBeaKK weitergegeben werden und die PBeaKK die Deutsche Post AG, Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz mit der Begutachtung beauftragt.

Ort, Datum, Unterschrift

---