

Amtsärztliches Gutachten

**zum Antrag auf Gewährung einer
Beihilfe aus Anlaß**

Zur Vorlage beim
Kommunalen Versorgungsverband
Mecklenburg-Vorpommern
-Beihilfestelle-
Bertha-von-Suttner-Str. 5
19061 Schwerin

- 1. einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
- 2. einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort
- 3. Mutter-Kind/Vater-Kind Rehabilitationsmaßnahme **Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen!**

zu 1., 2.

Name, Vorname des Kurbedürftigen _____
Geburtsdatum

zu 3.

Name, Vorname des kurbedürftigen Elternteils _____
Geburtsdatum

Name, Vorname des kurbedürftigen Kindes _____
Geburtsdatum

Name, Vorname des **nicht** kurbedürftigen mitreisenden Kindes _____
Geburtsdatum

- Eine Untersuchung des Erkrankten wurde am _____ durchgeführt und ergab folgenden Befund (Diagnose angeben. Falls Patient nicht einverstanden ist, genügt Hinweis auf niedergelegten Befund):
- _____

- In Anbetracht der auf die beigelegten Befunde gestützten eindeutigen fachärztlichen Beurteilung konnte auf eine Untersuchung verzichtet werden.

Auf Grund

- des Ergebnisses der amtsärztlichen Untersuchung
 - der die angegebene Diagnose stützenden Befunde
- wird
- die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht für notwendig gehalten.

Begründung:

- eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme von _____ Tagen in Krankenhaus/Einrichtung
- _____ in _____ für notwendig gehalten.
(Name des Krankenhauses/der Einrichtung) (Ort)

Sie kann nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden. Das Krankenhaus/die Einrichtung wurde vom Patienten / behandelnden Arzt vorgeschlagen.

- die medizinische Notwendigkeit der Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort nicht befürwortet.

Begründung:

- eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für medizinisch notwendig gehalten (nur für aktive Beihilfeberechtigte).

(anerkannter Kurort)

Es wird ausdrücklich bescheinigt, dass eine andere Heilmaßnahme, insbesondere eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet nicht zu dem gleichen Heilerfolg führen würde.

- eine Mutter-Kind/Vater-Kind- Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung für medizinisch notwendig gehalten.

(Einrichtung)

(Ort)

- eine Mutter- Kind/Vater-Kind- Rehabilitationsmaßnahme für nicht notwendig gehalten.

Die letzte als beihilfefähig anerkannte

- Heilkur / Mutter-Kind-Kur / Müttergenesungskur / Vater-Kind-Kur wurde nach Angabe des Patienten

vom _____ bis _____ durchgeführt und beendet.

- Sanatoriumsbehandlung wurde nach Angabe des Patienten

vom _____ bis _____ durchgeführt und beendet.

-
- Eine Begleitperson ist unbedingt erforderlich

- ist nicht erforderlich.

Bemerkungen:

Ort, Tag

(Dienstsiegel)

Unterschrift, Amtsbezeichnung

.....

.....