

Name der/des Beihilfeberechtigten	Vorname	Personalnummer/AG
Name der Patientin/des Patienten *	Vorname	

* sofern nicht mit der/dem Beihilfeberechtigten identisch

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Kurmaßnahme für Beihilfezwecke

1. Welche Kurmaßnahme ist geplant?

- Kur in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation
- Müttergenesungskur, Vätergenesungskur, Mutter-Kind-Kur und Vater-Kind-Kur
- ambulante Heilkur (nur bei aktiven Beamten und Richtern möglich)

2. Handelt es sich bei der Erkrankung der Patientin/des Patienten um eine solche, deren Art eine Kurmaßnahme medizinisch notwendig macht ?

- Ja, Begründung: Nein

Welche Dauer einer Kurmaßnahme ist voraussichtlich medizinisch notwendig?

_____ Tage

In welcher Einrichtung oder welchem Heilkurort soll die Maßnahme durchgeführt werden?

_____ in _____

3. Sind auch ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlung außerhalb einer Kurmaßnahme ausreichend?

Nein

Ja, z.B.:

4. Dient die Kurmaßnahme zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit?

Diese Frage ist nur bei aktiven Beamten und Richtern zu beantworten.

Ja

Nein

.....
Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes