

Personenkennziffer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat VII 2.4
Wilhelm-Raabe-Straße 46
40470 Düsseldorf

Eingangsvermerk

Versorgung nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
Hier: Antrag auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (Badekur)

Wer Sozialleistungen beantragt, muss gemäß § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben. Nach Vorliegen des vollständigen Leistungsantrages wird unter Beachtung des §§ 14/15 SGB IX unverzüglich das Weitere veranlasst. Zeitliche Verschiebungen zum Untersuchungstermin und zur Bescheiderteilung lassen sich jedoch nicht ausschließen. Auf eine besondere Eilbedürftigkeit wäre im Antrag hinzuweisen.

1.) Angaben zur Person

| | |
|--|----------------------------------|
| Name | Vorname |
| Geburtsname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | Telefonnummer und E-Mail-Adresse |
| Postleitzahl | Wohnort |
| Wie lautet Ihr gegenwärtiger Berufsstand? <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamte/r <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Landwirt/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Pensionär/in | |

2.) Erforderliche Angaben zum Antrag

| |
|--|
| 1. Für welche Gesundheitsstörung ist nach Ihrer Auffassung oder der Ihres behandelnden Arztes eine Badekur erforderlich? <input type="checkbox"/> Anerkannte Schädigungsfolgen Beschwerden/Krankheitserscheinungen: <input type="checkbox"/> Sonstige Gesundheitsstörungen Beschwerden/Krankheitserscheinungen: |
|--|

WWW.BUNDESWEHR.DE

Personenkennziffer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



2. Wer ist Ihr behandelnde/r Arzt/Ärztin (Name, Anschrift und Telefonnummer)?

3. Welcher Krankenkasse/-versicherung gehören Sie an (Name und Anschrift der Geschäftsstelle)?

3.1 Welche Art der Krankenversicherung liegt vor?

gesetzlich versichert privat versichert zugeteilt

Hinweis:

Während eines Zeitraumes von drei Jahren kann grundsätzlich nur eine Kurmaßnahme durchgeführt werden. Es sind alle Maßnahmen anzugeben, auch solche, für die eine andere Stelle die Kosten übernommen oder einen Zuschuss geleistet hat. Hierzu zählen z. B. die entsprechenden Leistungen der Deutschen Rentenversicherungen, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der Berufsgenossenschaft, der Krankenkassen und der öffentlichen-rechtlichen Dienstherren. Als Zuschüsse gelten auch die Leistungen anderer Stellen im Zusammenhang mit so genannten offenen Badekuren sowie die Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften.

4. Wann und wo haben Sie in den letzten drei Jahren eine Kurmaßnahme durchgeführt?

4.1 Wann wurde die letzte Kurmaßnahme beendet (genaues Datum)?

4.2 Wer hat die Kosten getragen oder bezuschusst?

Personenkennziffer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

5. Wann und wo haben Sie in den letzten drei Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme (Hierzu zählen: Anschlussbehandlungen und stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

5.1 Wer hat die Kosten getragen?

6. Haben Sie bei einer anderen Dienststelle gleichzeitig Kurmaßnahmen beantragt oder beabsichtigen Sie dies zu tun?

Nein

Ja, bei folgender Dienststelle:

7. Beantragen Sie hiermit eine Kurmaßnahme vor Ablauf der drei Jahre, begründen Sie dies bitte hier:

8. Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises? (Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der Vorder- und Rückseite bei)

Ja Nein

9. Die Reise zum/vom Kurort erfolgt grundsätzlich mit öffentlicher Verkehrsmittel. Sollte es zu einer Bewilligung der von mir beantragten Maßnahme kommen, bitte ich zusätzlich um die Gewährung einer/eines

Begleitperson für die Reise zum Kurort und zurück

Kurdauerbegleitung

Diese Aufgabe soll wahrgenommen werden von:

Hin- und Rückreise mit privateigenem Pkw

Hin- und Rückreise mit privateigenem Pkw

Taxibenutzung zum nächstgelegenen Bahnhof

Taxinutzung zum Kurort/zur Kureinrichtung/-klinik

Transportes zum/vom Kurort mit behindertengerechtem Fahrzeug

Personenkennziffer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Schutzbereich 3 (wenn ausgefüllt)



BUNDESWEHR

Sollten Sie eine dieser Zusatzleistungen (9.) beantragen, geben Sie bitte hier eine kurze Begründung an:

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass es nicht zwangsläufig zu einer Bewilligung der unter Ziffer 9. beantragten Vergünstigungen kommen muss. Evtl. gewährte Vergünstigungen werden Ihnen im Kurbewilligungsbescheid mitgeteilt.

10. Soweit dies zulässig und möglich ist, möchte ich in die Kurklinik in (ggf. Wunschtermin)

11. Ergänzende Angaben

Ich **versichere**, dass die vorstehenden Angaben **richtig** und **vollständig** sind. Jegliche **Änderung** meiner persönlichen Verhältnisse, insbesondere bei Fragen 4-6, werde ich sofort anzeigen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr die erforderlichen medizinischen Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen) von den genannten Ärzten einholt und entbinde diese hiermit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers