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?

   ☐ Müttergenesungskur, Vätergenesungskur, Mutter-Kind-Kur und Vater-Kind-Kur

   ☐ ambulante Heilkur (nur bei aktiven Beamten und Richtern möglich)

   ☐ Kur in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation*

   *Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nicht um eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach § 7 BVO handelt, sondern um einen Kuraufenthalt im Sinne des § 8 BVO. Für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach § 7 BVO verwenden Sie bitte unseren Vordruck LBV353.

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 _____

bitte wenden

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

Speichern

Handschriftliche Unterschrift erforderlich!

.....

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Drucken