

Name der beihilfeberechtigten Person	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Name der zu behandelnden Person *)	Vorname *)	Geburtsdatum der zu behandelnden Person
Telefonnummer der zu behandelnden Person (Angabe freiwillig)		

\*) sofern nicht mit der beihilfeberechtigten Person identisch

### **Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit bzw. bei Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 1 nach § 30 BVO**

#### **1 Notwendigkeit der Kurzzeitpflege**

1.1 Aus welchem Grund ist eine häusliche Krankenpflege nicht ausreichend und somit eine Kurzzeitpflege erforderlich?

- Wegen einer schweren Krankheit/akuten Verschlimmerung einer Krankheit
- nach       einem Krankenhausaufenthalt
- einer ambulanten Operation
- einer ambulanten Krankenhausbehandlung

1.2 Nähere Angaben zur Art der Erkrankung

---



---



---

#### **2 Pflegebedürftigkeit der erkrankten Person**

Liegt bei der erkrankten Person eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 (Einstufung im Sinne des SGB XI) vor?

- Ja
- Nein

#### **3 Sonstige Bemerkungen**

---



---



---

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin /des Arztes

---