

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