

Personalnummer (bitte immer angeben)

Performa Nord
P 3 - Beihilfefestsetzungen
Schillerstr.1

28195 Bremen

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒
oder ausfüllen.

Antrag für privat versicherte berücksichtigungsfähige Angehörige auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für eine Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 5 BremBVO)

1 Antragsteller(in)

Name, Vorname		Private Telefonnr.	Dienstl. Telefonnr.
Geburtsdatum	Geburtsname	Postanschrift - Straße, Hausnummer	Postleitzahl
Beschäftigungsdienststelle		Beamtin/Beamter in bremischen Dienst seit	

2 Maßnahme

Vorgesehene Einrichtung

3 Ich stelle diesen Antrag für

meinen Ehegatten mein Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

4 Wurde im laufenden oder in den drei vorangegangenen Jahren vor Antragstellung eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

Nein Ja , vom _____ bis _____

Der Antrag ist in zweifacher Ausfertigung bei Performa Nord – P 3 – unter Beifügung eines ärztlichen Attestes mit detaillierter Begründung über die Notwendigkeit der Heilmaßnahme einzureichen.

Ort, Datum

Unterschrift