

**Hanse- und Universitätsstadt Rostock  
Gesundheitsamt  
Amtsärztlicher Dienst  
Paulstr. 22  
18055 Rostock**

**A N T R A G  
für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen  
nach § 35 der Bundesbeihilfeverordnung  
für**

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

**Ich habe die/den Obengenannte(n) auf Bedürftigkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme untersucht.**

**Bereits im Rahmen der Beihilfe gewährte Rehabilitationsmaßnahmen:**

**Dienstunfall:**

**Vorgeschichte:**

**Jetzige Beschwerden:**

**Bisherige Therapie:**

## **Körperliche Untersuchung**

**Größe:**

**Gewicht:**

**Kopf:**

**Hals:**

**Brustorgane:**

**Bauchorgane:**

**ZNS:**

**Wirbelsäule:**

**Extremitäten:**

**Psyche:**

**Eingehende Darstellung besonderer Befunde:**

**Empfohlene Rehabilitationseinrichtung:**

**Eingehende Beurteilung und Begründung der Empfehlung zur Rehabilitationsmaßnahme:**

**Datum**

**Stempel, Unterschrift des Arztes**