

Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf Rehabilitationsmaßnahme (§§ 15 bis 18 SächsHfVO)

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon (privat)
------------------------------	--------------	----------------------------

Polizeiverwaltungsamt
Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
Postfach 230 209
01112 Dresden

Versichertennummer

Wohnanschrift:	
Dienststelle:	

Familienstand:

ledig
 verheiratet
 geschieden
 verwitwet

Mit diesem Selbstauskunftsbogen ist das Formular **Ärztlicher Befundbericht** (Antrag auf medizinische Leistungen zur ambulanten/stationären Rehabilitation) beizufügen.

Dieses Formular ist beigelegt.
 Dieses Formular wird nachgereicht.

1. Beantragte Leistung

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

 stationär
 ganztägig ambulant

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte

 stationär
 ganztägig ambulant

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation

 stationär
 ganztägig ambulant

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Mutter/Vater-Kind-Maßnahme
 (für den Antrag auf stationäre medizinische Vorsorge für Mütter und Väter bitte Vordruck
 VD1042-00 "Vorsorge-Selbstauskunft" verwenden)

2. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten
 nein
 ja

von	bis	wegen

3. Welche Gesundheitsstörung/Erkrankung veranlassen Sie zur Antragstellung?

--

4. Welche schwerwiegenden Erkrankungen sind früher (mit Zeitangabe) aufgetreten?

--

5. Bei welchen Ärzten, Psychotherapeuten oder Psychologen waren Sie in den letzten 2 Jahren in Behandlung? Bitte hier auch Behandlungen bei Polizeiarzten angeben.

Name, Vorname	Fachrichtung	Erkrankung

6. Welche nachfolgend aufgeführten Behandlungsmaßnahmen wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten durchgeführt (mit Zeitangabe)?

Krankenhausbehandlung	
Rehabilitationssport	
Physiotherapeutische Anwendungen	
Schmerztherapie	
Psychotherapie	
Suchtbehandlungen	

7. Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an eine Rehabilitation?

--

8. Wünschen Sie Unterstützung bei:

- Bluthochdruck
- Stress
- Zuckerkrankheit
- Alkoholproblem
- Gewichtsproblem
- Nikotinproblem
- sonstiges:

9. Über Ihre gesundheitlichen Beschwerden hinaus: Sind Sie durch irgendetwas besonders belastet? (z.B. Pflege/ Erkrankung eines Angehörigen, Belastungen in der Partnerschaft/ Familie)

10. Arbeitsplatzbeschreibung (genaue Tätigkeitsbeschreibung)

11. Angaben zur Beschäftigung

- Vollzeit Teilzeit Elternzeit
- Antrag auf vorzeitige Ruhestandsversetzung / Entlassung
- Schichtsystem, wenn ja bitte Schichtrythmus angeben
- überwiegend Innendienst überwiegend Außendienst
- überwiegend Bildschirmarbeit
- spezielle Anforderungen, wenn ja welche
(z.B. Umgang mit gefährlichen Stoffen, Lärmfaktoren o.ä.)

12. Sind Sie in Ihrer Dienstfähigkeit nach polizeiärztlicher Feststellung eingeschränkt?

Ja Nein

Begründung:

Zeitraum:

Sind Sie in den letzten 12 Monaten durch den Polizeiarzt begutachtet worden?

Ja Nein

13. Sind Sie schwerbehindert oder einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

Nein Ja

Art der Behinderung:

Grad der Behinderung: seit:

14. Steht die beantragte Reha-Maßnahme im Zusammenhang mit einem Dienstunfall/ Berufskrankheit/ Wehrdienstbeschädigung/ Verfolgtenleiden/ Impfschaden?

Nein Ja, Wenn ja, auf das Unfallereignis vom

(Bitte Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen)

15. Letzte Rehabilitationsmaßnahme / Anschlussheilbehandlung

Zeitraum:

Kostenträger:

16. Wünschen Sie eine besondere Einrichtung / Klinik?

Nein Ja

Wenn ja; Benennen Sie bitte die Einrichtung / Klinik mit Anschrift. Beachten Sie bitte bei der Auswahl, dass die von Ihnen gewünschte Einrichtung / Klinik Sie indikationsbezogen behandeln kann.

17. Bemerkungen (ausgeschlossene Zeiträume, z. B. Urlaub, Lehrgänge, ggf. besondere Anforderungen an die Einrichtung)

Einwilligungen des Antragstellers:

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen kann.

Ferner nehme ich hiermit zur Kenntnis, dass gemäß § 16 SächsHfVO die bei mir vorliegenden persönlichen Voraussetzungen für die Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme durch eine polizeiärztliche Stellungnahme festgestellt werden. Bestandteil der Vorlage der persönlichen Voraussetzungen ist die hiermit durch mich erklärte schriftliche Bereitschaft, im Falle der Leistungsbewilligung nach Inanspruchnahme der Rehabilitationsmaßnahme an polizeiärztlich veranlassten Maßnahmen der nachsorgereischen Betreuung für die Dauer eines Jahres teilzunehmen, wenn dies notwendig wird. Die Notwendigkeit erfolgt auch in Abhängigkeit der im Abschlussbericht der Rehabilitationseinrichtung aufgeführten sozialmedizinischen Einschätzung. Dazu erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Rehabilitationseinrichtung im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme der Heilfürsorgestelle einen Abschlussbericht übersendet.

Unterschrift des Antragstellers

Das Polizeiverwaltungsamt, Sachgebiet Heilfürsorge (Heilfürsorgestelle) beabsichtigt, die für die Bearbeitung dieses Antrages notwendigen Auskünfte/Unterlagen direkt bei den beteiligten Ärzten/Einrichtungen einzuholen und damit das Antragsverfahren zu beschleunigen.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, auch den polizeiärztlichen Dienst, Krankenhäuser, Sozialversicherungsträger, Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gutachter, Psychotherapeuten, Psychiater und Psychologen gegenüber dem für die heilfürsorgerechtliche Entscheidung zuständigen Polizeiverwaltungsamt, Sachgebiet Heilfürsorge und ggf. hinzuzuziehenden Beratungsarzt beim Polizeiarztlichen Dienst von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis und willige mit meiner Unterschrift ausdrücklich ein, dass die zuständige Heilfürsorgestelle entsprechend den Heilfürsorgevorschriften den Ärztlichen Befundbericht mit allen Zusatzbefunden sowie meine Selbstauskunft an Dritte (Polizeiärztlicher Dienst, Rehabilitationseinrichtung) weiterleitet, soweit die Weitergabe zur Beurteilung der von mir beantragten Leistung erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Heilfürsorgestelle sowie dem von der Heilfürsorgestelle beauftragten Beratungsarzt der Heilfürsorge beim polizeiärztlichen Dienst die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte sowie die Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankheitsgeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, MRT-/CT-/OP-Aufnahmen), Gutachten (insbesondere auch zur Feststellung der Dienstfähigkeit), zur Sachaufklärung sowie zur sachgerechten Bearbeitung der Heilfürsorgeangelegenheit zur Verfügung gestellt werden.

Die vorstehende Einwilligung kann verweigert oder beschränkt (z. B. auf einzelne Ärzte, Einrichtungen, Unterlagen) und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dadurch entstehende Beweisschwierigkeiten bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Voraussetzungen können zu Lasten des Beamten gehen.

bitte wenden

Die o. g. ärztlichen Unterlagen werden bei Bedarf, soweit für den Schaden des Dienstherrn die Haftung eines Dritten in Betracht kommt, der den Regress bearbeitenden Stelle (Landesamt für Steuern und Finanzen, Rechtsabteilung), zur Geltendmachung der auf den Freistaat Sachsen übergegangenen Ersatzansprüche zur Verfügung gestellt.

Ich kann meine Einwilligung zu der Datenweitergabe ohne Angabe von Gründen verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass die Verweigerung oder der Widerruf meiner Einwilligung zur Versagung meines Leistungsantrages führen kann.

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Unterschrift des Antragsstellers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Antragsstellers

Wiederholung in Druckbuchstaben:	<input type="text"/>
	Name, Vorname, Geb.-Datum

Datenschutzhinweis gem. Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung:

Ihre Daten werden vom Polizeiverwaltungsamt, Referat Heilfürsorge zum Zwecke der Prüfung, Festsetzung und Zahlung des von Ihnen geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gem. den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Weitere datenschutzrechtliche Informationen erhalten Sie im Intranet unter:

<http://epolsax?ft=FormblattXDatenschutzXInfoXHeilfXrsorge-id111971.pdf>