

Behörde/Institut in: _____

Name des/der Beschäftigten: _____

Beihilfeanspruch des/der Beschäftigten laut Arbeitsvertrag:/ Arbeitsbedingungen

vor dem 01.03.99 ja nein

ab dem 01.03.99 ja nein

falls ja ab dem 01.03.1999 bitte Nachweis beifügen (Blankoarbeitsvertrag der Zweigstelle bzw. Vereinbarung lt. Arbeitsbedingungen)

Ermittlung landesrechtlicher Ansprüche auf ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung und Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

1. Am Dienort besteht ein staatlicher Gesundheitsdienst, eine gesetzliche Krankenversicherung oder dergleichen:

NEIN

JA, für:

Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen

freiberuflich Tätige

nicht berufstätige Ehegatten

Kinder

	Leistungen werden übernommen	voll	anteilig €/%	nicht
<input type="checkbox"/>	ambulante ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ambulante fachärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	stationäre ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Krankenhausaufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Physiotherapie, Massagen (u. Ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zahnbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sind die zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung/Gesundheitsdienstes im Gastland ausgeschöpft worden ? ja nein

3. Bemerkungen
(ggf. örtliche Besonderheiten zur Erlangung oder Gewährleistung der Leistungen schildern)

Datum, Unterschrift Beschäftigte/r

Datum, Bestätigung InstitutsleiterIn oder
VerwaltungsleiterIn