

Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation/Vorsorge

Zur Vermeidung von Nachfragen komplett ausfüllen bzw. streichen.

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße/Haus Nr.			
PLZ/Wohnort			
Telefon			
E-Mail			
Dienststelle		Versichertennummer	

(Dieser Bogen ist nicht abschließend, zusätzliche Blätter können hinzugefügt werden.)

Ich wünsche eine medizinische Rehabilitation (§40/§41) ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Mutter-Vater-Kind
Ich wünsche eine medizinische Vorsorge (§23/§24) ☐ ambulant ☐ stationär ☐ Mutter-Vater-Kind
Welche gesundheitlichen Probleme belasten Sie gegenwärtig besonders? Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?

Angaben zur Einrichtung	
Name der Einrichtung	
Straße/Haus Nr.	
PLZ/Wohnort	
E-Mail	
Entfernung zum Wohnort: km	ambulante Reha: maximale Fahrzeit 45 Minuten

Bitte kreuzen Sie alle Merkmale an, die für Ihre Tätigkeit zutreffen:

Arbeitszeit und Arbeitsweise

- ☐ Ganztagsarbeit
- ☐ Teilzeitarbeit
- ☐ Wechselschicht
- ☐ Nachtschicht
- ☐ besonderer Zeitdruck

Beanspruchung des Bewegungsapparates

- ☐ überwiegend stehend/gehend
- ☐ überwiegend sitzend
- ☐ häufiges Heben von Lasten
- ☐ häufiges Klettern/Steigen

Andere Einflüsse

- ☐ Kälte, Zugluft, Nässe
- ☐ Hitze
- ☐ starke Staubentwicklung
- ☐ Rauchentwicklung
- ☐ starker Lärm
- ☐ Lärmschutz muss getragen werden
- ☐ Gerüche, Gase, Dämpfe, welche?
- ☐ hautreizende Stoffe, welche?
- ☐ atemwegsreizende Stoffe, welche?
- ☐ überwiegend im Freien
- ☐ überwiegend in Rohbauten
- ☐ überwiegend witterungsgeschützt

Beanspruchung der Sinnesorgane

- ☐ ständige Konzentration
- ☐ hohe Verantwortung für Personen/Sachwerte
- ☐ überwiegende Bildschirmtätigkeit
- ☐ Anlagensteuerung (Überwachung)
- ☐ Schwindelfreiheit erforderlich

Sonstiges

- ☐ Publikumsverkehr
- ☐ häufige Reisetätigkeit
- ☐ Erschütterungen/Vibrationen
- ☐ erhöhte Unfallgefahr
- ☐

Gibt es in Ihrem beruflichen/privaten Bereich Umstände, die Sie besonders belasten?

Sind/Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate **arbeitsunfähig**? (Bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden)

☐ ja ☐ nein von _____ bis _____ wegen: _____

Nennen Sie Ihren behandelnden Polizeiarzt/Hausarzt (bitte geben Sie dabei Name, Anschrift und Fachrichtung an und fügen Sie evtl. vorhandene Befundberichte direkt bei, keine Röntgenaufnahmen)

Bisherige Erkrankungen:

- ☐ Bluthochdruck ☐ Zuckerkrankheit ☐ Krankenhausaufenthalte (wann?) _____
- ☐ Herzkrankheit/-infarkt ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ Anschlussheilbehandlung [AHB] (wann?) _____
- ☐ Asthma/chronische Bronchitis ☐ psychische Erkrankung
- ☐ Ambulante Rehabilitation/Vorsorge (wann ?) _____
- ☐ Stationäre Rehabilitation/Vorsorge: (Grund/wann ?) _____
- ☐ andere Erkrankungen _____
- ☐ Dienstunfall _____ Datum der Anerkennung _____ ☐ Privatunfall _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Name des Präparates und Mengenangabe)

Bitte vollständig ausfüllen und die Nachweise durchgeführter Maßnahmen der letzten 12 Monate bei bringen.

	Anzahl	Wann		Anzahl	Wann
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	_____	_____	Standardisierte Heilmittelkombinationen	_____	_____
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	_____	_____	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	_____	_____
Traktionsbehandlung	_____	_____	Wärme-/Kältetherapie	_____	_____
Elektrotherapie	_____	_____	Ergotherapie	_____	_____
Inhalation	_____	_____			

Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? _____

Andere Maßnahmen

Psychotherapie
Rehabilitationssport/Funktionstraining
Patientenschulung

Durchgeführt

N	J
N	J
N	J

Ernährungsberatung
Kontaktaufnahme zu
Selbsthilfegruppen
Medizinische
Vorsorgeleistungen

Durchgeführt

N	J
N	J
N	J

Sonstiges

Mit meiner Unterschrift entbinde ich die behandelnden Ärzte bis zum Abschluss der Maßnahme gegenüber dem Bundespolizeipräsidium, Referat 83 – Heilfürsorgeangelegenheiten – 53754 Sankt Augustin von der Schweigepflicht und bestätige, dass ich heilfürsorgeberechtigt bin. Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch die Heilfürsorge, die ärztlichen Antragsunterlagen (z.B. Attest, Befunde) der aufnehmenden Einrichtung zugesandt werden.