

Name (Absender):

Anschrift:

Tel:

- Vertrauliche Dienstunfallsache -

Landesamt für Finanzen
Dienststelle Weiden
Bezügestelle Dienstunfall
Postfach 10 02 07
93002 Regensburg

-Rückantwort-

Zum Schreiben vom

Gz:

Anlagen: Dienstunfallakte(n)

Gutachten des Gesundheitsamtes / des polizeilichen Dienstes

Prüfung der Voraussetzungen für die Durchführung einer Heilmaßnahme nach §§ 2, 4 und 7 BayHeilvFV

1. Allgemeines:

1.1 Vor- und Zuname:
Anschrift:

1.2 Anerkannte Folgen des am _____ erlittenen Dienstunfalles:

2. Gutachten des Gesundheitsamtes / des polizeiärztlichen Dienstes

aufgrund der Untersuchung am _____ in _____

2.1 Vorgeschichte, wichtige anamnestische Angaben im Hinblick auf

2.1.1 die Dienstunfallfolgen:

2.1.2 andere, unfallfremde Leiden:

2.1.3 Beschwerden aufgrund der Dienstunfallfolgen:

2.1.4 Beschwerden aufgrund unfallfremder Leiden:

2.2 Untersuchungsbefund:

2.2.1 Welche Behinderung/Beschwerden bestehen **derzeit** noch aufgrund der Dienstunfallfolgen (vgl. Nr. 1.2)?

2.2.2 Sonstige behandlungsbedürftige, unfallfremde Beschwerden:

2.2.3 Ist eine besondere Verpflegung erforderlich (Diät, Reduktion)?
Ggf. weshalb und welche?

3. Beurteilung:

3.1 Wegen der unter Nr. 2.2 festgelegten Gesundheitsstörungen ist

- eine stationäre Krankenhausbehandlung
 - eine Kur
 - eine stationäre Rehamaßnahme
- erforderlich.

3.1.1 Die anerkannten Dienstunfallfolgen (vgl. Nr. 1.2) erfordern

- für sich allein
- zusammen mit unfallfremden Leiden unter Nr. 3.1 genannte Maßnahme, hierbei
 - sind die Dienstunfallfolgen annähernd gleichwertige Bedingung für die Heilmaßnahme
 - überwiegen die dienstunfallfremden Gesundheitsstörungen.

3.1.2 Die beantragte Maßnahme ist ausschließlich zur Behandlung von dienstunfallfremden Gesundheitsstörungen erforderlich.

3.1.3 Derselbe Heilerfolg ist bei ambulanter Behandlung der unfallbedingten Beschwerden auch am Wohnort oder in dessen Nähe erzielbar.

Erläuterung zu Nrn. 3.1.1 bis 3.1.3:

Wenn dienstunfallbedingte und dienstunfallfremde Leiden eine Heilmaßnahme im Sinne der §§ 4, 6 BayHeilvF, d.h. eine stationäre Krankenhausbehandlung / eine Kur / eine stationäre Rehamaßnahme notwendig erscheinen lassen, kann diese im Rahmen der Dienstunfallfürsorge nur dann genehmigt werden, wenn die beabsichtigte Therapie in ihrer medizinischen Indikation zumindest der unfallfremden Therapie gleichwertig ist (50:50).

3.2 Kurfähigkeit

- liegt vor
- liegt nicht vor

3.3 Dauer: Wochen

3.4 Ort:

3.5 Bei Aufenthalt in einer Rehaeinrichtung, nähere Bezeichnung der fachmedizinischen Einrichtung und der Therapie:

3.6 Die Maßnahme ist bis spätestens _____ zu beginnen.

(Bei Lehrern/Lehrerinnen ist gem. KMS vom 23.06.1970 Nr. III A 6 – 4 / 49 704, KMBI. S. 325, sofern medizinisch vertretbar, eine Kur in die Zeit der Ferien zu legen)

Erläuterungen zu Nrn. 3.4 bis 3.6:

Grundsätzlich sind mehrere geeignete Einrichtungen oder Kurorte im Gutachten zu nennen, damit die kostengünstigste Einrichtung bzw. Unterkunft auswählen kann. Sollte nur eine bestimmte Einrichtung oder ein bestimmter Kurort als geeignet für die unter Nr. 3.1 für erforderlich bezeichnete Maßnahme in Frage kommen, so sind etwaige dabei entstehende Mehrkosten nur erstattungsfähig, wenn medizinische Gründe diese Unterbringung erforderlich machen. Die medizinische Notwendigkeit ist nachvollziehbar zu begründen. Im Falle einer erforderlichen Kur, sind nur im Heilkurverzeichnis (= Anlage 3 zu den Beihilfevorschriften – BHV) enthaltene Kurorte auszuwählen.

3.7 Begleitperson

- für die gesamte Dauer der Maßnahme (bitte begründen)
 für die Hin- und Rückfahrt (bitte begründen)
 nicht erforderlich.

3.8 Notwendiges Beförderungsmittel

- Öffentliches Verkehrsmittel
 Privat – PKW (ggf. weshalb)
 Krankenwagen (ggf. weshalb)

4. Zusammenfassung:

Erforderlich:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stationäre Krankenhausbehandlung | <input type="checkbox"/> notwendig |
| | <input type="checkbox"/> nicht notwendig |
| <input type="checkbox"/> Kur | <input type="checkbox"/> notwendig |
| | <input type="checkbox"/> nicht notwendig |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Rehamaßnahme | <input type="checkbox"/> notwendig |
| | <input type="checkbox"/> nicht notwendig |

weil

- derselbe Heilerfolg auch durch ambulante Behandlung am Wohnort oder in dessen Nähe zu erwarten wäre.
 die dienstunfallfremde Indikation für die genannte Maßnahme überwiegt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Gutachters