

| | | |
|----------|----------|------------|
| Absender | Nachname | Vorname |
| | Straße | Hausnummer |
| | PLZ | Ort |

| |
|----------------|
| Beihilfenummer |
|----------------|

| |
|--------------|
| Geburtsdatum |
|--------------|

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Schreiben an die Beihilfestelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Überprüfung der beigefügten Unterlagen zur

- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Zahnersatz (Heil- und Kostenplan) – nur bei Zahnimplantaten vor Behandlungsbeginn erforderlich –
- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur kieferorthopädischen Behandlung (Heil- und Kostenplan, Kostenvoranschlag)
- Auskunft über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel (ab 1.000,00 EUR)
- Beantragung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
 - stationären Mutter / Vater / Kind-Kur
 - ambulanten Rehabilitationsmaßnahme
 - ambulanten Kurmaßnahme
 - _____

ich übersende Ihnen die erforderlichen/angeforderten Unterlagen (zu Antrag Nr. ____)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Verordnung | <input type="checkbox"/> Erklärung zur Berücksichtigung von Kindern und zum Beihilfebemessungssatz (Anlage Kinder und Wahlerklärung) |
| <input type="checkbox"/> Kostenaufschlüsselung für Brillen | <input type="checkbox"/> Kindergeldnachweis |
| <input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis | <input type="checkbox"/> Auslagennachweis |
| <input type="checkbox"/> Schweigepflichtsentbindung / Einverständniserklärung | <input type="checkbox"/> Einkommenssteuerbescheid |
| <input type="checkbox"/> Unfallschilderung z. Unfall vom <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Auskunft Berufstätigkeit Ehepartner |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Studienbescheinigung | |

Bemerkung / Mitteilungen:

| |
|--|
| |
|--|

Ort, Datum

Unterschrift