_____ _____
(Name, Vorname) (Ort, Datum)

_____
(Strasse, Hausnr.)

_____
(PLZ, Wohnort)

_____
(Dienststelle/Schule)

Kreis Minden-Lübbecke
- Zentrale Beihilfestelle -
Portastr. 13

32423 Minden

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären oder ambulanten Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme oder stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind-Kur

Nach der anliegenden Bescheinigung des Arztes ist für _____, geb. _____,

☐ eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme gem. § 6 BVO

☐ eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind-Kur gem. § 6 a BVO

☐ eine ambulante Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme gem. § 7 BVO

erforderlich.

Ich bitte, die amtsärztliche Untersuchung zu veranlassen und die Kosten im Rahmen der Beihilfenverordnung (BVO) als beihilfefähig anzuerkennen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beihilfefestsetzungsstelle meinen Antrag mit den notwendigen persönlichen Daten an das zuständige Gesundheitsamt zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen weiterleitet.

Weiterhin entbinde ich den Arzt _____ von seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle bzw. einem von der Beihilfestelle zur Stellungnahme gebetenen Gutachter.

_____
(Datum, Unterschriften des Patienten und des Beihilfeberechtigten)

Anlagen: 1 ärztliche Bescheinigung