

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
 - _____

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

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

Bemerkung / Mitteilungen:

Ort, Datum

Unterschrift