

Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Name

Telefon

Telefax

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Bitte bei Antwort angeben
Unser Zeichen, Unsere Nachricht vom

Zimmer-Nr.

Datum

Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 5 Satz 5 BayBhV für _____

Name der Patientin bzw. des Patienten

Sehr geehrte(r) Frau/Herr/...,

aufgrund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten für eine Fortführung der stationären Rehabilitationsmaßnahme in

für die weitere Dauer von <mehr als 30> Tagen nach Maßgabe der Bayerischen Beihilfeverordnung als beihilfefähig anerkannt.

Mit freundlichen Grüßen