

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