

# Prüfung der Beihilfefähigkeit

BERLIN



- **Hinweise: Bitte keine Rechnungen einreichen.** Eine Rücksendung der Unterlagen erfolgt nicht. Unterlagen bitte nicht klammern, heften oder kleben.
- Lebenspartner sind Personen, die eine Partnerschaft auf Lebenszeit nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz begründet haben.

beihilfeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)
eMail-Adresse (Angabe freiwillig)		
Dienst- / Wohnanschrift		

Landesverwaltungsamt Berlin

Beihilfeservice - BS -

10702 Berlin

## Personalkennzeichen

## Datum

(TT.MM.JJJJ)

## Hiermit bitte ich um Prüfung für die zu behandelnde Person:

Name, Vorname, Geburtsdatum

<b>geplante Operationsmaßnahmen</b> (ärztliche Unterlagen, Fotodokumentationen, Gesichtsfeldmessung etc)  Blepharoplastik ggf. mit Augenbrauanhebung Magenbypass - Magenband OP Fettschürzenresektion OP zur Straffung von Bauch / Beine / Oberarme Brust-OP (Verkleinerung/Vergrößerung/Implantatwechsel)	<b>Hilfsmittel</b> (ärztl. Verordnung und Kostenvoranschlag)
Sonstige Maßnahme (bitte kurz beschreiben)	
Die Maßnahme wird      ambulant      stationär durchgeführt.	

Über die medizinische Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes einholen (§ 51 Landesbeihilfeverordnung -LBhVO-).

<b>Einverständniserklärung</b>	
<b>Hiermit erteile ich mein Einverständnis zu einer Anfrage beim Amts- oder Vertrauensärztlichen Dienst.</b>	
Ja	Nein
<b>Mir ist bewusst, dass bei fehlendem Einverständnis ggf. eine Entscheidung zu meiner gestellten Anfrage nicht erfolgen kann.</b>	
<b>Unterschrift</b>	