

Prüfung der Beihilfefähigkeit für zahnärztliche Behandlung

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

zu einer zahnärztlichen Behandlung
(Heil- und Kostenplan inkl. vollständigem Zahnschema ist beizufügen)

Die Maßnahme steht in einem Zusammenhang mit einem Dienstunfall

Hinweis:

Im Regelfall ist die Vorlage eines zahnärztlichen Heil- und Kostenplanes nur bei umfangreicher Zahnsanierung bzw. implantatgestützter Versorgung notwendig.

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

Einverständniserklärung

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zu einer Anfrage beim Amts- oder Vertrauensärztlichen Dienst.

Ja

Nein

Mir ist bewusst, dass bei fehlendem Einverständnis ggf. eine Entscheidung zu meiner gestellten Anfrage nicht erfolgen kann.

Unterschrift