

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Zentrale Bezügestelle des Landes Brandenburg
- Beihilfe -
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

Angaben zur beihilfeberechtigten Person:

ZBB-Personalnummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer

Frührehabilitation Phase

Anschlussheilbehandlung

stationär

ambulant

Antragstellung/Verordnung für (Patient)

Name:

Vorname:

geb. am:

Stationärer Aufenthalt vom:

bis

Diagnose:

Therapie:

Beginn der beantragten Maßnahme (voraussichtlich):

In folgender Klinik:

Direktverlegung

ja

nein

Verkehrsmittel

öffentliche Verkehrsmittel

Taxi

PKW/Fahrdienst

Krankentransport

Bemerkungen:

Name, Datum, Stempel und Unterschrift des verordnenden **Arztes**

Rücksendung per Fax möglich über 0355 865-4129.

