

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 der Kosten einer Heilkur nach § 30 Abs. 6 Satz 2
BayBhV für _____**

Name der Patientin bzw. des Patienten

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

aufgrund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten für eine
Heilkur in

für die Dauer von höchstens 21 Tage nach Maßgabe der Bayerischen Beihilfeverordnung
(BayBhV) als beihilfefähig anerkannt.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind bis zu einem Betrag von <aktueller
Betrag nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 BayBhV> täglich beihilfefähig.

Die Anerkennung gilt unter der Voraussetzung, dass die Kur spätestens vor Ablauf von vier
Monaten seit der Bekanntgabe dieses Bescheides begonnen wird, die Unterkunft sich im
Kurort befindet und ortsgebunden ist.

Mit freundlichen Grüßen