

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Kenn-/Personalnummer)

**Bundesamt für zentrale Dienste  
und offene Vermögensfragen  
Service-Center Beihilfe  
D 6.101  
53221 Bonn**

### **Antrag auf Anerkennung einer Sanatoriumsbehandlung gemäß § 7 BhV**

für \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung in \_\_\_\_\_, die nach dem beigefügten ärztlichen Attest zwingend notwendig ist.

Geplanter Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_

Letzter Sanatoriumsaufenthalt: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich die zwingend notwendige Sanatoriumsbehandlung innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle angetreten haben muss.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Anlage: 1 ärztliche Bescheinigung