

Name der beihilfeberechtigten Person	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Name der zu behandelnden Person *	Vorname *	Geburtsdatum
Telefonnummer der zu behandelnden Person (Angabe freiwillig)		

* sofern nicht mit der beihilfeberechtigten Person identisch

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Maßnahme in einem Krankenhaus nach § 28 BVO

Die ärztliche Bescheinigung muss von einer Ärztin/einem Arzt ausgestellt sein, die oder der nicht mit der Einrichtung verbunden ist! Eine Ausstellung muss vor Aufnahme in die Einrichtung erfolgt sein!

1	Handelt es sich bei der Erkrankung der zu behandelnden Person um eine solche, deren Art eine Maßnahmen in einem Krankenhaus nach § 28 BVO medizinisch notwendig macht?
☐ nein ☐ ja, Begründung (z. B. Diagnosen, bisherige Behandlungen): 	

2	Welche Dauer ist für die o. g. Maßnahme voraussichtlich medizinisch notwendig?
 _____ Tage	

3	In welcher Einrichtung/Klinik soll die Maßnahme durchgeführt werden?
Name _____ Adresse _____ 	

4	Sind auch ambulante Maßnahmen zur Behandlung der Erkrankung ausreichend?
☐ nein ☐ ja, z. B. 	

LBV 350 – 09/26

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes