Name der beihilfeberechtigten Person	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Name der behandelten Person*	Vorname	

*sofern nicht mit der beihilfeberechtigten Person identisch

Werden die erbrachten ambulanten Maßnahmen im Rahmen einer Pauschalabrechnung abgerechnet, lassen Sie bitte diesen Vordruck von der Einrichtung ausfüllen und legen Sie die Bestätigung zusammen mit den entsprechenden Rechnungen zu gegebener Zeit Ihrem Beihilfeantrag bei.

Bestätigung über die Höhe des mit den Sozialversicherungsträgern pauschal vereinbarten Vergütungssatzes

Der mit den Sozialversicherungsträgern pauschal vereinbarte Vergütungssatz für die bei der o. g. behandelten Person durchgeführte ambulante Maßnahme beträgt (bitte hierzu immer Angaben machen!):

_____ EUR (seit _____)

_____ EUR (seit _____)

Datum, Unterschrift

Stempel der Einrichtung