Kommunaler Versorgungsverband
 Brandenburg
 - Beihilfe -
 Postfach 12 09
 16771 Gransee

Geschäftspartner-Nr.	Mitglieds-Nr.
Name der beihilfeberechtigten Person	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
E-Mail	
Telefon	

Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme

Angaben der zu behandelnden Person

beihilfeberechtigte Person	verehelichte oder verpartnerte Person	Kind
Name, Vorname der zu behandelnden Person		Geburtsdatum

Folgende Leistung wird beantragt:

	ambulante Rehabilitation unter ärztlicher Leitung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort																				
	stationäre Rehabilitationsmaßnahme																				
	Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme Mitnahme folgender Kinder als gesunde Begleitkinder <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name, Vorname</th> <th>Geb. Datum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> Mitnahme folgender Kinder als selbst behandlungsbedürftige Kinder <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name, Vorname</th> <th>Geb. Datum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name, Vorname	Geb. Datum									Name, Vorname	Geb. Datum								
Name, Vorname	Geb. Datum																				
Name, Vorname	Geb. Datum																				

Dem Antrag bitte die ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme beifügen!

Unterschrift der beihilfeberechtigten/bevollmächtigten Person