

Name und Anschrift
des Beamten:

Personalnummer:

Anfrage an Physiotherapiepraxen

| | Praxis 1 | Praxis 2 | Praxis 3 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| Datum der Anfrage | | | |
| Name und Anschrift der Praxis Telefonnummer | | | |
| auskunftserteilender Ansprechpartner | | | |
| Art der Behandlung (beihilfefähiger Höchstsatz) | | | |
| Wurde die Behandlung zum beihilfefähigen Höchstsatz abgelehnt? | | | |
| In der Praxis angebotener Behandlungspreis | | | |

Datum und Unterschrift des Beamten: