

**AN DIE BEIHILFE ZUR BEANTRAGUNG DER KOSTENÜBERNAHME**

Anschrift  
Beihilfestelle

Arztstempel



Datum: .....

Betrifft: Ihr(e) Versicherte(r), Frau/Herr .....

geb. am ....., Adresse .....

**KOSTENÜBERNAHME FÜR EINE STATIONÄRE, KRANKENHAUSVERGLEICHBARE HEILBEHANDLUNG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

o.g. Patient(in) befindet sich seit ..... in meiner ärztlichen Behandlung.

- Diagnosen: 1.).....  
2.).....  
3.).....

Da im bisherigen Verlauf die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, diese jedoch zu keinem durchgreifenden, anhaltenden Erfolg führten, ist nunmehr eine stationäre medizinische Rehabilitation erforderlich. Da eine Erfolg versprechende Therapie nur noch in der Kombination Schulmedizin und Ganzheitlichkeit erreicht werden kann, kommt nur eine Klinik in Frage, die die entsprechenden fachlichen und qualitativen Voraussetzungen erfüllt. Ich schlage daher vor:

**FACHKLINIK FÜR ORTHOPÄDIE & INNERE MEDIZIN**  
Kurparkklinik (IK 511 601 338)  
Heinrich – Heine – Park 1 ♦ 37308 Heilbad Heiligenstadt ♦ Tel.: 03606/663-0 ♦ Fax: 03606/663-199  
Verwaltung: Aegidienstraße 13 ♦ 37308 Heilbad Heiligenstadt ♦ Tel.: 03606/663-60 ♦ Fax: 03606/663-699  
<http://www.heilbad-heiligenstadt.de>

Diese Klinik ist vom Verband der privaten Krankenkassen als „gemischte Krankenanstalt“ anerkannt, so dass die in diesem Falle notwendige Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann. Selbstverständlich besteht Beihilfefähigkeit.

Mit freundlichen Grüßen