

Geschäftszeichen bitte stets angeben:

Eingangsstempel

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung
 Anschlussrehabilitation
 sonstiger stationärer Rehabilitation
 Dialysebehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Anschrift der Beihilfestelle

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)/Antragstellerin (Beihilfeberechtigte)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

2. Erkrankte Person

<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner (Vorname)	<input type="checkbox"/> Kind (Vorname)
---	---	---

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung / der Dialyse-Institution		
Behandlungstermin	Voraussichtliche Behandlungsdauer	
Aufnahmenummer	Allgemeiner Pflegesatz/Fallpauschale (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Bei Dialysebehandlung: Voraussichtliche Kosten (€)		
Zuschlag für Zwei-Bett-Zimmer (€) -nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird.		

4. Zahlungsweise

Die Überweisung soll erfolgen	<input type="checkbox"/> auf das Bezügekonto	<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus
	<input type="checkbox"/> an die Dialyse-Institution	<input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung
Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)	
IBAN	BIC	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt oder die Leistung nicht in Anspruch genommen wird.

Ort, Datum	Unterschrift <input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
------------	---