

Antrag auf Abschlagszahlung bei stationären Krankenhausbehandlungen und bei Dialysebehandlungen

Anlage 9

Antragsteller/in Name, Vorname	Beihilfenummer	Geburtsdatum
Dienststelle		
Dienststellen-Nr. oder		Schul-Nr.

1 Erkrankte Person

Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/>	Ehegatte / eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/>	Kind (Vorname)
---	---	----------------

2 Voraussichtlich entstehende Kosten

Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/>	Dialysebehandlung <input type="checkbox"/>
Name des Krankenhauses:	Name der Dialysestation:
Anschrift:	Anschrift:
IK-Nummer:	IK-Nummer:
Allgem. Krankenhausleistungen €	Kosten für 1 Dialyse: €
Wahlleistung Zweibettzimmer €	Monatliche Kosten €
Zu leistende Vorauszahlung €	
Ist die Krankenhausbehandlung Folge eines Unfalls? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

3 Zahlung

Ich bitte um Zahlung eines Abschlags in Höhe von € an Antragsteller
 an das Krankenhaus bzw. die Dialysestation unter Angabe des Verwendungszwecks: _____
 Kontonummer _____, BLZ _____, Kreditinstitut _____

4 Erklärung

Mir ist bekannt,

- dass dieser Antrag kein Antrag auf Zahlung einer Beihilfe ist und die Kosten mit einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden müssen. Er muss innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum gestellt werden. Für den Fristablauf ist der Tag des Antrageingangs bei der Beihilfefestsetzungsstelle maßgeblich,
- dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, sofern er die festgesetzte Beihilfe übersteigt oder kein Beihilfeantrag gestellt wird.

Datum _____ Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder einer von ihm bevollmächtigten Person _____