

203204

Anlage 4

## Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung und bei Dialysebehandlung

An

---



---

**1. Beihilfeberechtigter**

|                                            |         |                              |              |
|--------------------------------------------|---------|------------------------------|--------------|
| Name                                       | Vorname | Amts- oder Dienstbezeichnung | Geburtsdatum |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) |         |                              | Telefon      |

**2. Erkrankte Person**

|                          |                          |                          |         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vorname |
| Beihilfeberechtigter     | Ehegatte                 | Kind                     |         |

**3. Kosten**

|                                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Dialyse-Institution                                            |                                                                                                                                                 |                                    |           |
| Voraussichtliche Behandlungsdauer (bei Krankenhausaufenthalt)                                                |                                                                                                                                                 |                                    |           |
| Allgemeiner Pflegesatz<br>_____ Euro                                                                         | Zuschlag für 2-Bett-Zimmer<br>_____ Euro (nur angeben, wenn ein Zuschlag für<br>Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird) | Kosten für 1 Dialyse<br>_____ Euro |           |
| Zu leistende Vorauszahlung<br>_____ Euro                                                                     | Voraussichtliche Kosten<br>_____ Euro                                                                                                           |                                    | monatlich |
| Ist der Krankenhausaufenthalt Folge eines Unfalls? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                                                                                                                 |                                    |           |

**4. Zahlungsweise**

Ich bitte um Gewährung eines Abschlags in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro durch

☐ Barzahlung ☐ an mich ☐ an das Krankenhaus bzw. die Dialyse-Institution  
zu Aktenzeichen \_\_\_\_\_

|                |              |
|----------------|--------------|
| Kreditinstitut | Bankleitzahl |
| Kontoinhaber   | Konto-Nr.    |

**5. Erklärung**

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten

Zutreffendes ankreuzen ☐  
oder ausfüllen