

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

☐ Beihilfeberechtigter	☐ Ehegatte	☐ Kind	Vorname
--	--------------------------------------	----------------------------------	---------

3. Kosten

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

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung eines Abschlags in Höhe von _____ Euro durch

☐ Barzahlung
 ☐ Überweisung
 ☐ 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