

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

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Dialyse-Institution			
Voraussichtliche Behandlungsdauer (bei Krankenaufenthalt)			
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 Krankenaufenthalt Folge eines Unfalls?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung eines Abschlags in Höhe von _____ Euro durch		
<input type="checkbox"/> Barzahlung	<input type="checkbox"/> an mich	<input type="checkbox"/> 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 übersiegt.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten

Zutreffendes ankreuzen <input type="checkbox"/> oder ausfüllen
