

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 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? <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