

**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 übersteigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten

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