

Absender (Krankenhaus)	Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationären Krankenhausbehandlungen Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen. Er stellt keine Abtretung des Beihilfeanspruchs dar.
Vertrauliche Beihilfeangelegenheit! (Adresse der Beihilfestelle)	Name, Vorname und Geburtsdatum Beihilfeberechtigte/r
	Personalnummer Beihilfeberechtigte/r _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

Von der / dem Beihilfeberechtigten zu beachten und vollständig auszufüllen
(sofern Sie eine Erklärung mit „Ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich)

Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert?**

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- Einkünfte des/der Ehegatten/in oder des/der Lebenspartners/in (soweit hier relevant),
- Anschrift,
- Zahlung des Beihilfebeitrags für Wahlleistungen.

Ja Nein

Weitere Erklärungen:

▪ Anderweitige Ansprüche (z. B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshilfegesetz) stehen zu?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor? Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige das Krankenhaus, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen. Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle Rückfragen zur Rechnung direkt mit dem Krankenhaus klärt.

Ort, Datum und Unterschrift der / des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragsstellung bevollmächtigten Person

Vom Krankenhaus zu beachten

- Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die/der Beihilfeberechtigte bzw. die/der Bevollmächtigte eine Erklärung mit „Ja“ beantwortet hat.
- Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, werden Sie zeitnah nach Rechnungseingang darüber informiert. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall wegen der Begleichung der Rechnung direkt an die/den Patientin/en.
- Bitte senden Sie der/dem Patientin/en immer eine Rechnungskopie zu.
- Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der/dem Patientin/en an.

Vom Krankenhaus auszufüllen

Telefonnummer für Rückfragen	
Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in	
Sonstige Kostenträger (sofern bekannt):	
Entspricht der ggf. berechnete Zuschlag für ein Zweitbettzimmer der „Gemeinsame(n) Empfehlung gem. § 22 Abs. 1 BPfIV/§ 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für die Wahlleistung Unterkunft“ zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wahlärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein
Behandlung durch Belegärztin/Belegarzt?	<input type="checkbox"/> Nein
Nur bei Behandlungen im Ausland auszufüllen: Wird ein Zuschlag für gebietsfremde Personen erhoben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zusätzliche Angaben von Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind (Privatkliniken)

Die/Der einweisende Ärztin/Arzt ist nicht mit der Einrichtung verbunden. Die Maßnahme ist nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig. Ambulante Maßnahmen sind nicht ausreichend. Wenn ja: die ärztliche Bescheinigung liegt bei oder wurde der Beihilfestelle zugesandt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
DRG / ICD / OPS (sofern nicht bereits auf der Rechnung angegeben):	

Datum, Unterschrift, Stempel des Krankenhauses