

Absender (Einrichtung)	Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationären Behandlungen (AHB/Reha/Sucht) Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung 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.

Ja Nein

Weitere Erklärungen:

- Anderweitige Ansprüche (z. B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshilfegesetz) stehen zu?
- Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor? Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen.

Ja Nein

Ja Nein

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

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

Von der stationären Einrichtung 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.

Von der stationären Einrichtung auszufüllen

Telefonnummer für Rückfragen		
Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in		
Welche Behandlungsart liegt vor?	<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitationsbehandlung <input type="checkbox"/> Suchtbehandlung	
Sonstige Kostenträger (sofern bekannt):		
Wird ein Pauschalpreis, der die Kosten für Pflege, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen, Arznei-/Verbandmittel, Heilbehandlungen und den ärztlichen Schlussbericht beinhaltet berechnet? Falls nein: Niedrigster Satz der Einrichtung für Pflege, Unterkunft und Verpflegung.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Sind nicht-medizinische Komfortelemente (z. B. hotel-ähnliche Dienste) im Pauschalpreis enthalten?		_____, ____ Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Behandlung im Ausland: Besteht ein Vertrag mit einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse (nach § 140e Fünftes Sozialgesetzbuch)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die/Der einweisende Ärztin/Arzt ist nicht mit der Einrichtung verbunden. Die Maßnahme ist nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig. Eine Kur (nur bei Rehabilitationsbehandlung) oder 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

 Datum, Unterschrift, Stempel der stationären Einrichtung