

**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

☐	☐	☐	Vorname
Beihilfeberechtigter	Ehegatte	Kind	

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? ☐ ja ☐ nein		

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung eines Abschlags in Höhe von _____ Euro durch

☐ Überweisung ☐ 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	☐
--	--------------------------