

**Antrag auf Abschlagszahlung
bei stationären Krankenhausbehandlungen und bei Dialysebehandlungen**

Anlage 8

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Zentrale Scanstelle Detmold
Beihilfe
32746 Detmold

Dienststelle

Dienststellen-Nr. oder Schul-Nr.

1 Erkrankte Person

Beihilfeberechtigter Ehegatte / eingetragener Lebenspartner Kind (Vorname)

2 Voraussichtlich entstehende Kosten

Krankenhausbehandlung

Dialysebehandlung

Name des Krankenhauses:

Name der Dialysestation:

Anschrift:

Anschrift:

IK-Nummer:

IK-Nummer:

Allgem. Krankenhausleistungen €

Kosten für 1 Dialyse: €

Wahlleistung Zweibettzimmer €

Monatliche Kosten €

Zu leistende Vorauszahlung €

Ist die Krankenhausbehandlung Folge eines Unfalls?

Nein Ja

3 Zahlung

Ich bitte um Zahlung eines Abschlags in Höhe von € an Antragsteller

an das Krankenhaus bzw. die Dialysestation unter Angabe des Verwendungszwecks: _____

IBAN _____, BIC _____, Kreditinstitut

4 Erklärung

Mir ist bekannt,

- dass dieser Antrag kein Antrag auf Zahlung einer Beihilfe ist und die Kosten mit einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden müssen. Er muss innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum gestellt werden. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich,
- dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, sofern er die festgesetzte Beihilfe übersteigt oder kein Beihilfeantrag gestellt wird.

Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder einer von ihm bevollmächtigten Person
