

Name, Vorname

Geboren am Datum

PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.

Behörde Kenn-/Personal-Nr.

### Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

#### 1 Erkrankte Person

<input type="checkbox"/> Antragsteller	Vorname <input type="checkbox"/> Ehegatte _____	Vorname <input type="checkbox"/> Kind _____
--	--	--

#### 2 Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses / Einrichtung	Vorwahl- /Telefon- und App.-Nr.	
	Voraussichtliche Behandlungsdauer vom _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> Abt./Basispflegesatz _____ €	<input type="checkbox"/> 2-Bettzimmerzuschlag * _____ €	
<input type="checkbox"/> Fallpauschale _____ €	<input type="checkbox"/> 1-Bettzimmerzuschlag _____ €	
<input type="checkbox"/> DRG (Nr. _____ ) _____ €	<input type="checkbox"/> _____ €	
Bemerkungen	Voraussichtliche Gesamtkosten €	Zu leistende Vorauszahlungen €

\*grundsätzlich sind nur die Kosten für ein Zweibettzimmer beihilfefähig; den Zweibettzimmerzuschlag bitte zusätzlich angeben

#### 3 Zahlungsweise

Auszahlung des Abschlages: <input type="checkbox"/> an mich <input type="checkbox"/> an das Krankenhaus / Einrichtung	
Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller oder v.g. Krankenhaus)
BIC oder Bankleitzahl	Verwendungszweck (bei Überweisung an das Krankenhaus)
IBAN oder Kontonummer	

**Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.**

Unterschrift Antragsteller /-in / Bevollmächtigter /-te