|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationären Krankenhausbehandlungen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Absender (Krankenhaus) | |  | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | **Personalnummer**  **Beihilfeberechtigte/r** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | **Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**  Landesamt für Besoldung und  Versorgung Baden-Württemberg  Beihilfe  70730 Fellbach | |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | **Arbeitsgebiet** | | | **/** | | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | **Name, Vorname**  **Beihilfeberechtigte/r** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | **Geburtsdatum** (TT MM JJJJ) | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | |  |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  | **Von der/dem Beihilfeberechtigten zu beachten und vollständig auszufüllen**  (sofern Sie eine der nachfolgenden Erklärungen mit „Ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert**? | | | | | | | ja:  Es haben sich Änderungen bei mind. einem der angeführten Sachverhalte ergeben.  nein:  Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | 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 der/des Ehegattin/Ehegatten oder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners (soweit hier relevant), | | | | | |  | |
|  |  | Anschrift, | | | | | |  | |
|  |  | Zahlung des Beihilfebeitrags für Wahlleistungen. | | | | | |  | |
|  | **Weitere Erklärungen:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | Anderweitige Ansprüche (z.B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz) stehen zu? | | | | | |  | | | ja | | | |  | | | | | | nein | | | | | |  | |
| **LBV 302a - XX/17** |  | Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor?  Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen. | | | | | |  | | | ja | | | |  | | | | | | 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 ausschließlich für die Beihilfeabrechnung erforderlichen Daten übermittelt werden und dass die Beihilfestelle Rückfragen zur Abrechnung direkt mit der stationären Einrichtung klärt. Ich entbinde die Beihilfestelle und die behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht. Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bleibe ich selbst verantwortlich. Rechnungskorrekturen teile ich unverzüglich der Beihilfestelle mit.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ort, Datum und Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragstellung bevollmächtigten Person | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

Bitte wenden. Angaben des Krankenhauses auf der Rückseite notwendig 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Vom Krankenhaus zu beachten** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die/der Beihilfeberechtigte bzw. die/der Bevollmächtigte eine Erklärung auf Seite 1 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 Rechnung zu. | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der/dem Patientin/en an. | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | Eine vorherige Kostenübernahmeerklärung ist nicht möglich. | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | **Vom Krankenhaus auszufüllen** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Telefonnummer für Rückfragen | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | Sonstige Kostenträger (sofern bekannt): | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | Entspricht der ggf. berechnete Zuschlag für ein Zweibettzimmer der „Gemeinsame(n) Empfehlung gem. § 22 Abs. 1 BPflV/§ 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für die Wahlleistung Unterkunft“ zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft? | | | | | | | | |  | ja |  | nein |  | |
|  | Nur bei Behandlungen im Ausland auszufüllen:  Wird ein Zuschlag für gebietsfremde Personen erhoben? | | | | | | | | |  | ja |  | nein |  | |
|  |  | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |
|  | **Zusätzliche Angaben von Krankenhäusern, die nicht nach**  **§ 108 SGB V zugelassen sind (Privatkliniken)** | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Behandlung durch Wahlärzte im Sinne des § 17 KHEntgG? | | | | | | | | |  | ja |  | nein |  | |
|  | Behandlung durch Belegärzte im Sinne des § 18 KHEntgG? | | | | | | | | |  | ja |  | nein |  | |
|  | Die/Der einweisende Ärztin/Arzt ist nicht mit der Einrichtung verbunden. | | | | | | | | |  | ja |  | nein |  | |
|  | Die/Der einweisende Ärztin/Arzt bestätigt in der Einweisung, dass die Maßnahme nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. | | | | | | | | |  | ja |  | nein |  | |
|  | DRG / ICD / OPS  (sofern nicht bereits auf der Rechnung angegeben): | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | | | | |  |  |  |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Datum, Unterschrift, Stempel des Krankenhauses | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | | | |  |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  | | | | | | |  |  |  |  | |
| **Bitte Rechnungskopie(n) beifügen!**  Ohne entsprechende Rechnung(en) kann der Antrag nicht bearbeitet werden. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | |  |  |  |  | |
| Anlagen: | | | | |  | Rechnungskopie(n) | | | | |  |  |  |  | |