

**Anhang 6**  
**(VwV zu § 62 Absatz 5)**

Absender (Krankenhaus)  Telefonnummer für Rückfragen:	<b>Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung</b>  für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 3 Tagen
<b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b>  Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D – Beihilfe PF 10 06 55 01076 Dresden	Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.
	Az. (Org-Nr./Personalnummer) des Beihilfeberechtigten
	Behandelte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)
<p>Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag <b>nicht</b> verändert haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,</li> <li>– Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,</li> <li>– Krankenversicherungsschutz,</li> <li>– anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),</li> <li>– Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,</li> <li>– anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz),</li> <li>– Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners (soweit hier relevant),</li> <li>– Anschrift,</li> <li>– keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,</li> <li>– keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.</li> </ul> <p><b>Hinweis:</b></p> <p>Bei Veränderungen der vorgenannten Sachverhalte sind der Festsetzungsstelle das ausgefüllte Antragsformular (Langantrag, Anlage 8 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) zu übersenden. Haben sich die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners geändert, ist auch die Vorlage des Kurzantrages (Anlage 9 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) und des ausgefüllten Formblattes „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 zur VwV-SächsBhVO) ausreichend.</p> <p>Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.</p>	
Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten	

Vom Krankenhaus auszufüllen

Aufnahmetag	Aufnahme-Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen und eintragen; Nichtzutreffendes bitte streichen	
Sonstige Kostenträger	Verweildauer circa	<input type="checkbox"/> Entgelte für allgemeine Krankenhausleistung in Euro:	
Einweisender Arzt		<input type="checkbox"/> Zuschlag für Zweibettzimmer in Euro:	
Einweisungsgrund/Aufnahmediagnose (ICD):		<input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Belegarzt
Geplante Behandlung (ICPM)	Operation vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Entgelte für vor-/nachstationäre Behandlung in Euro:	
Liegt ein Arbeits-/Dienst- oder Schulunfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Liegt ein Notfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung			