

Anhang 6
(VwV zu § 62 Absatz 5)

Absender (Krankenhaus)

Antrag auf Gewährung von Beihilfe und Direktabrechnung

mit zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V) bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 3 Tagen

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezugestelle Dresden
Referat 339/D – Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person:

Beihilfe-Identifikationsnummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

2. Angaben zur behandelten Person, wenn nicht Nummer 1:

Name, Vorname

Geburtsdatum

3. Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten Person vollständig auszufüllen)

Eine Direktabrechnung ist nicht möglich, wenn mit diesem Antrag

- erstmals eine Beihilfe beantragt oder
- eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird.

<p>a) Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag zu einem oder mehreren der folgenden Sachverhalte Änderungen ergeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen, – Familienstand (nur wenn die berücksichtigungsfähige Person behandelt wird), – Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (auch bei Geburt), – Krankenversicherungsschutz, – anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird), – Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil, – Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners, wenn diese behandelt werden. 	<p><input type="checkbox"/> Ja Es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.</p>
<p>b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu? Beispiele: Heilfürsorge, Krankenhilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>c) Bei einer Direktabrechnung von belegärztlichen oder wahlärztlichen Leistungen: Wird die Behandlung durch einen nahen Angehörigen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>d) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 bis 3 SGB V genannten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

 Ort, Datum und Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person (Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

Erklärungen der behandelten volljährigen Person:

- Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht und
- bin mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 bis 3 SGB V genannten Daten einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

 Ort, Datum und Unterschrift der volljährigen behandelten Person

4. Angaben des Krankenhauses (vom Krankenhaus auszufüllen)

Hinweis: Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit der **Aufnahmeanzeige** zeitnah nach Aufnahme der zu behandelnden Person in das Krankenhaus an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Ist die Aufnahmeanzeige nicht beigefügt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende **Wahlleistungsvereinbarung** zwingend beizufügen. Die Rechnung ist der Festsetzungsstelle mit der **Entlassungsanzeige** zuzuleiten (nicht bei Zwischenrechnungen).

Die Festsetzungsstelle verzichtet auf die vorherige Übermittlung dieses Antrages, so dass dieser erst mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und gegebenenfalls der Wahlleistungsvereinbarung zu übersenden ist.

Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die behandelte Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der behandelten Person direkt in Rechnung zu stellen.

Aufnahmetag:	Aufnahmenummer:
Einweisungsdiagnosen:	
Aufnahmediagnosen (ICD):	
Verweildauer: _____ Tage	(voraussichtlicher) Entlassungstag:
Aufnahmeanzeige bitte beifügen.	

Verlegung von einem anderen Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Behandlung durch einen Belegarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Die Vereinbarung gegebenenfalls bitte beifügen.

Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:

Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung