

Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige die Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde die Einrichtung, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung 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 **die Einrichtung, 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 §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung 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 der Einrichtung (von der Einrichtung auszufüllen)

Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit **der Aufnahmeanzeige, der Überweisung (sofern die Behandlung nicht vorher genehmigungspflichtig ist), der Entlassungsanzeige beziehungsweise dem Entlassungsbericht und der Rechnung** an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Sind die Aufnahmeanzeige und (soweit erforderlich) die Überweisung und die Entlassungsanzeige/der Entlassungsbericht nicht beigelegt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende **Wahlleistungsvereinbarung** zwingend beizufügen.

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:

Welche Behandlungsart liegt vor?		
<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> stationäre Reha-Maßnahme	
<input type="checkbox"/> Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/> Mutter-/Vater-Kind-Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/> stationärer Hospizaufenthalt
Höhe des Tagessatzes _____ Euro		
Er beinhaltet <input type="checkbox"/> Unterkunft, Verpflegung, Pflege <input type="checkbox"/> ärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> Heilmittel <input type="checkbox"/> _____		

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart? Die Vereinbarung gegebenenfalls bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:
<hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <p style="text-align: center;">Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung</p>