

Absender (Krankenhaus)  Telefon-Nr. für Rückfragen:	<p><b>Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung</b></p> für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen
<p><b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b></p> Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D – Beihilfe Postfach 10 06 55 01076 Dresden	Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen. Org-Nr. – Personalnummer des Beihilfeberechtigten
	Behandelte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)
Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: <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 (soweit hier relevant),</li> <li>– Anschrift,</li> <li>– keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,</li> <li>– keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.</li> </ul> Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen. 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 EUR:	
Einweisender Arzt		<input type="checkbox"/> Zuschlag für Zweibettzimmer in EUR:	
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 EUR:	
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			