

Absender (Klinik/Einrichtung) Telefon-Nr. für Rückfragen:	<p style="text-align: center;">Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung</p> für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen. Org-Nr. – Personalnummer des Beihilfeberechtigten
<p>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</p> Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D – Beihilfe Postfach 10 06 55 01076 Dresden	Behandelte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)
Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: <ul style="list-style-type: none"> – Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung, – Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder, – Krankenversicherungsschutz, – anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant), – Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil, – anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz), – Einkünfte des Ehegatten (soweit hier relevant), – Anschrift, – keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen, – keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten. 	
Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die stationäre Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.	
Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten	

Von der stationären (Reha-)Einrichtung auszufüllen

Aufnahmetag	Aufnahme-Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen und eintragen; Nichtzutreffendes bitte streichen	
Sonstige Kostenträger	Verweildauer circa	Pflegesatz in EUR:	
Einweisender Arzt		Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in EUR:	
Einweisungsgrund/Aufnahmediagnose (ICD):		Zuschlag für Zweibettzimmer in EUR:	
<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> stationäre Reha-Maßnahme	<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			
Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung			