Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationären Behandlungen (AHB/Reha/Sucht)

Absender (Einrichtung)

Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen. Er stellt keine Abtretung des Beihilfeanspruchs dar.

Personalnummer
Beihilfeberechtigte/r

Arbeitsgebiet / 2

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
Beihilfe
70730 Fellbach

Name, Vorname
Beihilfeberechtigte/r

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Von der/dem Beihilfeberechtigten zu beachten und vollständig auszufüllen (sofern Sie eine der nachfolgenden Erklärung mit „Ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich)	
Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert**? ■ Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung, ■ Familienstand, Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder, ■ Krankenversicherungsschutz, ■ anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant), ■ Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil, ■ Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten oder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners (soweit hier relevant), ■ Anschrift.	☐ ja: Es haben sich Änderungen bei mind. einem der angeführten Sachverhalte ergeben. ☐ nein: Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.
Weitere Erklärungen: ■ Anderweitige Ansprüche (z.B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz) stehen zu? ■ Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor? Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen.	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige die stationäre Einrichtung, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen. Ich bin damit einverstanden, dass die ausschließlich für die Beihilfeabrechnung erforderlichen Daten übermittelt werden und dass die Beihilfestelle Rückfragen zur Abrechnung direkt mit der stationären Einrichtung klärt. Ich entbinde die Beihilfestelle und die behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht. Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bleibe ich selbst verantwortlich. Rechnungskorrekturen teile ich unverzüglich der Beihilfestelle mit.

Handschriftliche Unterschrift erforderlich!

Ort, Datum und Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragstellung bevollmächtigten Person

LBV 302b - 04/17

Bitte wenden. Angaben der stationären Einrichtung auf der Rückseite notwendig →

Drucken Speichern

Von der stationären Einrichtung zu beachten
■ Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die/der Beihilfeberechtigte bzw. die/der Bevollmächtigte eine Erklärung auf Seite 1 mit „Ja“ beantwortet hat. ■ Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, werden Sie zeitnah nach Rechnungseingang darüber informiert. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall wegen der Begleichung der Rechnung direkt an die/den Patientin/en. ■ Bitte senden Sie der/dem Patientin/en immer eine Rechnung zu. ■ Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der/dem Patientin/en an. ■ Eine vorherige Kostenübernahmeerklärung ist nicht möglich.

Von der stationären Einrichtung auszufüllen	
Telefonnummer für Rückfragen	_____
Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in	_____
Welche Behandlungsart liegt vor?	☐ Anschlussheilbehandlung ☐ Rehabilitationsbehandlung ☐ Suchtbehandlung
Sonstige Kostenträger (sofern bekannt):	_____
Wird ein Pauschalpreis, der die Kosten für Pflege, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen, Arznei-/Verbandmittel, Heilbehandlungen und den ärztlichen Schlussbericht beinhaltet, berechnet?	☐ ja ☐ nein
Falls nein: Niedrigster Satz der Einrichtung für Pflege, Unterkunft und Verpflegung (Nicht auszufüllen bei Anschlussheilbehandlungen)	_____ Euro
Falls ja: sind nicht-medizinische Komfortelemente (z.B. hotelähnliche Dienste) im Pauschalpreis enthalten?	☐ ja ☐ nein _____ Euro
Die/Der einweisende Ärztin/Arzt ist nicht mit der Einrichtung verbunden.	☐ ja ☐ nein
Die/Der einweisende Ärztin/Arzt bestätigt in der Einweisung, dass die Maßnahme nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und eine Kur (nur bei Rehabilitationsbehandlung) oder ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.	☐ ja ☐ nein
Bei Behandlung im Ausland: Besteht ein Vertrag mit einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse (nach § 140e Fünftes Sozialgesetzbuch)?	☐ ja ☐ nein

_____

Datum, Unterschrift, Stempel der stationären Einrichtung

<u>Bitte Rechnungskopie(n) beifügen!</u>

Ohne entsprechende Rechnung(en) kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Anlagen: ____ Rechnungskopie(n)