

Name der/des Beihilfeberechtigten	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Name der Patientin, des Patienten *)	Vorname *)	Geburtsdatum der/des Patienten/in

*) sofern nicht mit der Beihilfeberechtigten / dem Beihilfeberechtigten identisch

Tagegeld bei stationärem Krankenhausaufenthalt

Wenn Sie mit der Zahlung des Beihilfebeitrags nach § 6a Absatz 2 BVO grundsätzlich Anspruch auf eine Beihilfegewährung zu den Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus haben, aber während eines stationären Krankenhausaufenthalts keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen, kann auf Antrag ein so genanntes Tagegeld gewährt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass das Krankenhaus auch Wahlleistungen anbietet; das ist z.B. bei der Wahlleistung Unterkunft dann nicht der Fall, wenn die Unterbringung generell in Zweibettzimmern als Regelleistung erfolgt.

Das Tagegeld beantragen Sie bitte mit dem Beihilfeantragsformular LBV 301 Als Nachweis über den Verzicht auf Wahlleistungen legen Sie bitte diese von der Krankenhausverwaltung ausgefüllte Bestätigung bei.

Bescheinigung der Krankenhausverwaltung

(zu den Wahlleistungen nach § 22 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung, § 16 Satz 2 BPfIV und § 17 KHEntgG)

Der/die oben genannte Patient/in, befand sich von _____ bis _____ in unserem Krankenhaus zur stationären Behandlung.

Wahlleistung Unterkunft (Zwei-Bett-Zimmer)

Unser Krankenhaus erhebt einen Zuschlag für die Wahlleistung Unterkunft (Zwei-Bett-Zimmer) und für den/die Patienten/in bestand die Möglichkeit zur Inanspruchnahme dieser Wahlleistungen

- ja
 nein

Der/die Patient/in hat auf die Wahlleistung Unterkunft (Zwei-Bett-Zimmer) verzichtet

- ja, vom _____ bis _____
 nein

Wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarzt, konsiliarärztliche Leistungen)

Unser Krankenhaus stellt wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarzt, konsiliarärztliche Leistungen) zur Verfügung und der/die Patient/in hatte die Möglichkeit zur Inanspruchnahme dieser Wahlleistungen

- ja
 nein

Der/die Patient/in hat auf wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarzt, konsiliarärztliche Leistungen) verzichtet

- ja, vom _____ bis _____
 nein

Datum, Unterschrift der Krankenhausverwaltung

Stempel