

Name des/der <b>Heilfürsorgeberechtigten</b>	Vorname	Personalnummer
Geburtsdatum		

### **Tagegeld bei stationärem Krankenhausaufenthalt**

Wenn Sie mit der Zahlung des Beihilfebeitrages nach § 8 Abs. 4 HVO in Verbindung mit § 6a Abs. 2 BVO grundsätzlich Anspruch auf eine anteilige Erstattung von Wahlleistungen im Krankenhaus haben, aber während eines stationären Krankenhausaufenthaltes keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen, kann auf Antrag ein sogenanntes Tagegeld gewährt werden.

Voraussetzung ist allerdings, dass das Krankenhaus auch Wahlleistungen anbietet; das ist zum Beispiel bei der Wahlleistung Unterkunft dann nicht der Fall, wenn die Unterbringung generell in Zweibettzimmern als Regelleistung erfolgt.

Das Tagegeld beantragen Sie bitte mit dem Heilfürsorgeantragsformular LBV 304 (unter Ziffer 4).

Als Nachweis über den Verzicht von Wahlleistungen legen Sie bitte diese von der Krankenhausverwaltung ausgefüllte Bestätigung bei.

### **Bescheinigung der Krankenhausverwaltung**

(zu den Wahlleistungen i.S.d. § 22 BPfIV und §§ 16, 17 KHEntG)

Der/die oben genannte Patient/in befand sich vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in unserem Krankenhaus zur stationären Behandlung.

#### **Wahlleistung Unterkunft (Zwei-Bett-Zimmer)**

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

- ja  
 nein (z.B. Zwei-Bett-Zimmer ist Regelleistung)

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

- ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nein

#### **Wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung)**

Unser Krankenhaus stellt wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung) zur Verfügung und der/die Patient/in hatte die Möglichkeit zur Inanspruchnahme dieser Wahlleistung

- ja  
 nein

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

- ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Krankenhausverwaltung

Stempel

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
-Heilfürsorgestelle-  
70730 Fellbach**