

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- ☐ stationärer Krankenhausbehandlung
- ☐ Anschlussrehabilitation
- ☐ stationärer Rehabilitation

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

☐ Antragsteller ☐ Ehegatte (Vorname) ☐ Kind (Vorname)

Name und Anschrift des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung		
voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (€)		

Die Überweisung soll erfolgen: ☐ an mich ☐ an das Krankenhaus ☐ an die Rehabilitationseinrichtung

Name und Sitz des Geldinstitutes	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
IBAN	BIC

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten