

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen  
Sachgebiet Beamtenversorgung und Beihilfe  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

Tel: 0351 4401-340  
Fax: 0351 4401-333

Absender (Krankenhaus):

---



---



---

Telefon-Nr.  
für Rückfragen:

---

Personalnummer des  
Beihilfeberechtigten

---

Behandelte Person  
Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

## Antrag auf Direktabrechnung mit dem KVS

für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Dieser Antrag ermächtigt den KVS, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.

### Vom Krankenhaus auszufüllen

(Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und füllen Sie die Felder vollständig aus!)

Aufnahmetag	Aufnahme-Nr.		
Sonstige Kostenträger	<input type="checkbox"/> Entgelte für allgemeine Krankenhausleistung in EUR:		
Einweisender Arzt	<input type="checkbox"/> Zuschlag für Zweibettzimmer in EUR:		
Einweisungsgrund/Aufnahmediagnose (ICD):	<input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Belegarzt		
Geplante Behandlung (ICPM):	Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Liegt ein Arbeits-/Dienst-/Schulunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Entgelte für vor-/nachstationäre Behandlung in EUR:	
Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum	Unterschrift/Stempel des Krankenhauses
Liegt ein Notfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben:

- 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 oder eingetragenen Lebenspartners (soweit hier relevant),
- Anschrift,
- keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,
- keinen Änderungen hinsichtlich der Antragsvollmachten.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Krankenhaus, direkt mit dem KVS abzurechnen.

Ort

Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten

---