

Absender (Klinik/Einrichtung):

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
Sachgebiet Beamtenversorgung und Beihilfe
Marschnerstraße 37
01307 Dresden

 0351 4401-340
 0351 4401-333

 Telefon-Nr.
für Rückfragen:

 Personalnummer des
Beihilfeberechtigten:

 Behandelte Person
Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Antrag auf Direktabrechnung mit dem KVS

für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (einschließlich Anschlussheilbehandlung, Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme, Familienorientierte Rehabilitation, Suchtbehandlung)

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

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.kv-sachsen.de

Von der stationären (Reha-)Einrichtung auszufüllen

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

Aufnahmetag	Aufnahme-Nr.		
Sonstige Kostenträger	Pflegesatz in EUR:		
Einweisender Arzt	Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in EUR:		
Einweisungsgrund/ Aufnahmediagnose (ICD):	Zuschlag für Zweibettzimmer in EUR:		
<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> stationäre Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Belegarzt
Geplante Behandlung (ICPM)	Operation vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Entgelte für vor-/nachstationäre Behandlung in EUR:	
Liegt ein Arbeits-/Dienst-/Schulunfall vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum	Unterschrift/Stempel der Reha-Einrichtung
Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
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,
- keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die stationäre Einrichtung, direkt mit dem KVS abzurechnen.

Ort

Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten