

Zutreffendes bitte ankreuzen und deutlich ausfüllen.

**1. Beihilfeberechtigte/r**

Name, Vorname der/des Beihilfeberechtigten	Geburtsdatum	Beihilfenummer
Privatanschrift		Telefon
Hausanschrift (Zi.Nr.)		Hausruf

**2. Erkrankte Person**

Beihilfeberechtigte/r <input type="checkbox"/>	Ehegatte / in oder Lebenspartner / in <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>
	Name, Vorname	Vorname (ggf. abweichender Familienname)

**3. Kosten**

Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung / der Dialyse-Institution		
(voraussichtliche) Behandlungsdauer*	voraussichtliche Kosten (Euro)*	zu leistende Vorauszahlung (Euro)*

\* Bitte Nachweis beifügen oder nachreichen (bei Krankenhausbehandlung mit Angabe der Pflegesätze und Zimmerzuschläge).

**4. Zahlungsweise**

<b>Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen:</b>	
<input type="checkbox"/> an mich <input type="checkbox"/> an das Krankenhaus <input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> an die Dialyse-Institution	
Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaber (falls nicht Berechtigte/r)
Bankverbindung IBAN	Verwendungszweck (z. B. Patienten-Nr.)

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

Datum	Unterschrift d. Beihilfeberechtigten/d. Bevollmächtigten/Betreuerin/s
-------	---