Absender (Krankenhaus)

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit
Bundesnetzagentur
Bitte SSC wählen …

# Antrag auf Gewährung von Beihilfe und auf Direktabrechnung

mit einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V)

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit**

## 1 Angaben zur beihilfeberechtigten Person (von dieser auszufüllen):

| | |
|---|---|
| Vor- und Nachname | Geburtsdatum |
| Wohnungsanschrift<br>Straße und Hausnummer<br>Postleitzahl<br>Wohnort | |
| Beihilfenummer | |

## 2 Angaben zur behandelten Person, wenn nicht Nummer 1:

| | |
|---|---|
| Vor- und Nachname | Geburtsdatum |

## 3 Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten Person auszufüllen)

Eine Direktabrechnung ist nicht möglich, wenn mit diesem Antrag

- erstmals eine Beihilfe beantragt oder
- eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird.

Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag in einem der folgenden Bereiche Änderungen ergeben?

- Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen,
- Familienstand (nur wenn die berücksichtigungsfähige Person behandelt wird),
- Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (z. B. bei Geburt),
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- Einkünfte der Ehegattin / des Ehegatten oder der Lebenspartnerin / des Lebenspartners, wenn die Ehegattin / der Ehegatte oder die Lebenspartnerin / der Lebenspartner behandelt wird.

☐ Ja, es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.
☐ Nein, es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.

---

Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu, z. B. Heilfürsorge oder Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfer-Gesetz?

☐ Ja ☐ Nein

---

Bei Direktabrechnung beleg- oder wahlärztlicher Leistungen: Wird die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (§ 8 Absatz 1 Nummer 7 BBhV) durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls? ☐ Ja ☐ Nein

---

### Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:

- Meine Angaben sind richtig und vollständig.
- Ich ermächtige das Krankenhaus und von ihm beauftragte Rechnungssteller, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen, und die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Mit der Übermittlung meiner Daten zur Person, Diagnosen, Behandlungsdaten und den sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen dem Krankenhaus, dem Rechnungssteller und der Festsetzungsstelle bin ich einverstanden, soweit diese zur Prüfung des Zahlungsanspruchs des Krankenhauses erforderlich ist. Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle insoweit von der Schweigepflicht.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Leistungen bin ich selbst verantwortlich.

Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person (Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

### Erklärungen der behandelten volljährigen Person:

- Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten zur Person, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen Krankenhaus und der Festsetzungsstelle einverstanden. Ich entbinde das Krankenhaus, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Leistungen bin ich selbst verantwortlich.

Datum, Unterschrift der volljährigen behandelten Person

## 4 Angaben des Krankenhauses (vom Krankenhaus auszufüllen)

Das Verfahren richtet sich nach der zwischen der DKG und dem Bund abgeschlossenen Rahmenvereinbarung über eine Direktabrechnung von Krankenhausleistungen – Beihilfe – im schriftlichen Verfahren.

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit der **Aufnahmeanzeige** zeitnah nach Aufnahme der zu behandelnden Person in das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle. Ist die Aufnahmeanzeige nicht beigefügt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende **Wahlleistungsvereinbarung** zwingend beizufügen. Die Festsetzungsstelle wird Ihnen zeitnah bestätigen, ob eine Direktabrechnung erfolgen kann und in welchem Umfang eine Leistungsverpflichtung besteht. Die Rechnung ist der Festsetzungsstelle mit der Entlassungsanzeige zuzuleiten (nicht bei Zwischenrechnungen).

Verzichtet die Festsetzungsstelle auf die vorherige Übermittlung dieses Antrages, ist dieser mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und gegebenenfalls der Wahlleistungsvereinbarung zu übersenden.

Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die behandelte Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der behandelten Person direkt in Rechnung zu stellen.

| | |
|---|---|
| Aufnahmedatum: | Aufnahmenummer: |
| Einweisungsdiagnosen: | |
| Aufnahmediagnosen (ICD): | |
| Verweildauer: Tage | (voraussichtliches) Entlassungsdatum: |
| Aufnahmeanzeige bitte beifügen. | |

Verlegung von einem anderen Krankenhaus ☐ Ja ☐ Nein

Handelt es sich um eine Wiederaufnahme? ☐ Ja ☐ Nein

Behandlung durch einen Belegarzt ☐ Ja ☐ Nein

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart? ☐ Ja ☐ Nein
Die Vereinbarung bitte gegebenenfalls beifügen.

Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden? ☐ Ja ☐ Nein

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst? ☐ Ja ☐ Nein

Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt? ☐ Ja ☐ Nein

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst? ☐ Ja ☐ Nein

Ansprechpartner und Rufnummer bei Rückfragen:

**Datum, Unterschrift, Stempel**