

**Antrag auf Abschlagszahlung  
bei stationären Krankenhausbehandlungen und bei Dialysebehandlungen**

**Anlage 10**

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

Dienststellen-Nr. oder

Schul-Nr.

**Zentrale Scanstelle Beihilfe  
32746 Detmold**

**1 Erkrankte Person**

Beihilfeberechtigter

Ehegatte / eingetragener Lebenspartner

Kind  (Vorname)

**2 Voraussichtlich entstehende Kosten**

Krankenhausbehandlung

Dialysebehandlung

Name des Krankenhauses:

Name der Dialysestation:

Anschrift:

Anschrift:

IK-Nummer:

IK-Nummer:

Allgem. Krankenhausleistungen €

Kosten für 1 Dialyse: €

Wahlleistung Zweibettzimmer €

Monatliche Kosten €

Zu leistende Vorauszahlung €

Ist die Krankenhausbehandlung Folge eines Unfalls?

Nein  Ja

**3 Zahlung**

Ich bitte um Zahlung eines Abschlags in Höhe von €  an Antragsteller

an das Krankenhaus bzw. die Dialysestation unter Angabe des Verwendungszwecks: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_, BIC \_\_\_\_\_, Kreditinstitut

**4 Erklärung**

Mir ist bekannt,

- dass dieser Antrag kein Antrag auf Zahlung einer Beihilfe ist und die Kosten mit einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden müssen. Er muss innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum gestellt werden. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich,
- dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, sofern er die festgesetzte Beihilfe übersteigt oder kein Beihilfeantrag gestellt wird.

Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder einer von ihm bevollmächtigten Person