



# Direktabrechnung vollstationäre Pflege



Absender (Pflegeeinrichtung)



**BF** Beihilfenummer

**Beihilfeberechtigter**  
Name

Vorname

Geburtsdatum

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**  
**Kommunaler Versorgungsverband**  
**Baden-Württemberg**  
 - Beihilfeabteilung -  
 Postfach 10 01 61  
 76231 Karlsruhe

## Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei vollstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung

### Hinweis:

Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Pflegeeinrichtung oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen (nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht werden). Er stellt keine Abtretung des Beihilfeanspruchs dar.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

**1. Von der/dem Beihilfeberechtigten zu beachten und vollständig auszufüllen** (sofern Sie eine der nachfolgenden Erklärungen mit „Ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich)

Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert?**

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- meine Einkünfte oder Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten oder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners (soweit hier relevant),
- Anschrift,

ja:

Es haben sich Änderungen bei mind. einem der angeführten Sachverhalte ergeben.

nein:

Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.

### Weitere Erklärungen:

- Anderweitige Ansprüche (z. B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgung-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz) stehen zu?
- Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor?  
Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen.

ja    nein

ja    nein

Bitte wenden. Angaben der stationären Einrichtung auf der Rückseite notwendig →

BF - 1,5 - BW037169 - 09/2018

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg - Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Hauptsitz**  
Ludwig-Erhard-Allee 19  
76131 Karlsruhe  
Tel. 0721 5985-0

**Zweigstelle**  
Birkenwaldstraße 145  
70191 Stuttgart  
Tel. 0711 2583-0

**Bankverbindung**  
Landesbank Baden-Württemberg  
BIC: SOLADEST600  
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

**Sie erreichen uns**  
montags bis freitags  
von 8:00 Uhr  
bis 16:30 Uhr

**Internet / E-Mail**  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)



**2. Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige die Pflegeeinrichtung, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen.** Ich bin damit einverstanden, dass die ausschließlich für die Beihilfeabrechnung erforderlichen Daten übermittelt werden und dass die Beihilfestelle Rückfragen zur Abrechnung direkt mit der stationären Einrichtung klärt. Ich entbinde die Beihilfestelle und die behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht. Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bleibe ich selbst verantwortlich. **Ich bin damit einverstanden, dass etwaige Überzahlungen verrechnet werden können.**

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragstellung bevollmächtigten Person

Ort, Datum

**3. Von der vollstationären Pflegeeinrichtung zu beachten**

- Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die/der Beihilfeberechtigte bzw. die/der Bevollmächtigte eine Erklärung auf Seite 1 mit „Ja“ beantwortet hat.
- Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, werden Sie zeitnah nach Rechnungseingang darüber informiert. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall wegen der Begleichung der Rechnung direkt an die pflegebedürftige/bevollmächtigte Person.
- Bitte senden Sie der pflegebedürftigen/bevollmächtigten Person immer eine Rechnung zu.
- Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der pflegebedürftigen/bevollmächtigten Person an.
- **Die vollstationäre Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat, bei etwaigen Unterbrechungszeiten oder sonstigen Änderungen korrigierte Rechnungen vorzulegen. Sich ergebende Überzahlungen werden verrechnet.**

**4. Von der vollstationären Pflegeeinrichtung auszufüllen**

Telefonnummer für Rückfragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum pflegebedürftige Person:

Pflegegrad (bei Änderung des Pflegegrades bitte geänderten Einstufungsbescheid beifügen)	Pflegegrad 1
	Pflegegrad 2
	Pflegegrad 3
	Pflegegrad 4
	Pflegegrad 5

**5.**

Unterschrift/Stempel des Pflegeeinrichtung

Datum

**Bitte Rechnungskopie(n) beifügen!**

Bitte legen Sie diesem Antrag eine **Gesamtrechnung** über alle im Abrechnungszeitraum angefallenen Aufwendungen (Pflegeleistungen, Unterkunfts- und Verpflegungskosten etc.) bei. Eine Direktabrechnung lediglich des Höchstbetrags nach dem SGB XI ist nicht möglich.

Anlage(n)                      Rechnungskopie(n)