

Absender (Krankenhaus/Privatklinik)

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

<b>BF</b>	Beihilfenummer
<b>Beihilfeberechtigter</b>	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

## Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationären Krankenhausbehandlungen

### Hinweis:

Dieser Antrag ermächtigt die Beihilfestelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen. 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,
- Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten oder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners (soweit hier relevant),
- Anschrift,
- Zahlung des Beihilfebeitrags für Wahlleistungen.

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\_3 - BW037167 - 09/2018

**2. Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige das Krankenhaus, 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. Rechnungskorrekturen teile ich unverzüglich der Beihilfestelle mit.

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragstellung bevollmächtigten Person

Ort, Datum

**3. Vom Krankenhaus 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/den Patientin/en.
- Bitte senden Sie der/dem Patientin/en immer eine Rechnung zu.
- Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der/dem Patientin/en an.
- Eine vorherige Kostenübernahmeerklärung ist nicht möglich.

**4. Vom Krankenhaus auszufüllen**

Telefonnummer für Rückfragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in:

Sonstige Kostenträger (sofern bekannt):

Entspricht der ggf. berechnete Zuschlag für ein Zweibettzimmer der „Gemeinsame(n) Empfehlung gem. § 22 Abs. 1 BpflV/§ 17 Abs. 1 KHEntG zur Bemessung der Entgelte für die Wahlleistung Unterkunft“ zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft?	ja	nein
---	----	------

Nur bei Behandlungen im Ausland auszufüllen: Wird ein Zuschlag für gebietsfremde Personen erhoben?	ja	nein
---	----	------

**5. Zusätzliche Angaben von Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind (Privatkliniken)**

Behandlung durch Wahlärzte im Sinne des § 17 KHEntG?	ja	nein
--	----	------

Behandlung durch Belegärzte im Sinne des § 18 KHEntG?	ja	nein
---	----	------

Die/Der einweisende Ärztin/Arzt ist nicht mit der Einrichtung verbunden.	ja	nein
--	----	------

Die/Der einweisende Ärztin/Arzt bestätigt in der Einweisung, dass die Maßnahme nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.	ja	nein
--	----	------

DRG/ICD/OPS  
(sofern nicht bereits auf der Rechnung angegeben):

**6.**

Unterschrift/Stempel des Krankenhauses

Datum

**Bitte Rechnungskopie(n) beifügen!**

Ohne entsprechende Rechnung(en) kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Anlage(n)

Rechnungskopie(n)