

Absender (Krankenhaus) Telefon-Nr. für Rückfragen:	Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus bei einer Verweildauer von voraussichtlich mindestens 10 Tagen Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.
Vertrauliche Beihilfeangelegenheit! Landesamt für Steuern und Finanzen Bezügestelle Dresden Referat 339/D – Beihilfe PF 10 06 55 01076 Dresden	Az. (Org-Nr./Personalnummer) des Beihilfeberechtigten Behandelte Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)
Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben: <ul style="list-style-type: none"> – Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung, – Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder, – Krankenversicherungsschutz, – anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant), – Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil, – anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz), – Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners (soweit hier relevant), – Anschrift, – keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen, – keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten. Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.	
Ort, Datum und Unterschrift des Beihilfeberechtigten	

Vom Krankenhaus auszufüllen

Aufnahmetag	Aufnahme-Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen und eintragen; Nichtzutreffendes bitte streichen
Sonstige Kostenträger	Verweildauer circa	<input type="checkbox"/> Entgelte für allgemeine Krankenhausleistung in Euro:
Einweisender Arzt		<input type="checkbox"/> Zuschlag für Zweibettzimmer in Euro:
Einweisungsgrund/Aufnahmediagnose (ICD):		<input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Belegarzt
Geplante Behandlung (ICPM)	Operation vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Entgelte für vor-/nachstationäre Behandlung in Euro:
Liegt ein Arbeits-/Dienst- oder Schulunfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Liegt ein Notfall vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum/Unterschrift/Stempel der Einrichtung		