

**Anhang 7**  
(VwV zu § 62 Absatz 5)

Absender (Einrichtung)

**Antrag auf Gewährung von Beihilfe  
und Direktabrechnung**

für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (einschließlich Anschlussheilbehandlung, Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme, Familienorientierte Rehabilitation, Suchtbehandlung) oder den Aufenthalt in einem Hospiz

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle Dresden  
Referat 339/D - Beihilfe  
Postfach 10 06 55  
01076 Dresden

<b>1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person:</b>	
Beihilfe-Identifikationsnummer	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
<b>2. Angaben zur behandelten Person, wenn nicht Nummer 1:</b>	
Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>

**3. Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person vollständig auszufüllen)**

Eine Direktabrechnung ist nicht möglich, wenn mit diesem Antrag

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

a) Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag zu einem oder mehreren der folgenden Sachverhalte Änderungen ergeben?	<input type="checkbox"/> Ja Es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.  <input type="checkbox"/> Nein Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.
b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfe-konformen privaten Krankenversicherung) zu? Beispiele: Heilfürsorge, Krankenhilfe nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz	<input type="checkbox"/> Nein
c) Wird die Behandlung durch einen nahen Angehörigen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
d) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige die Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde die Einrichtung, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung**

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: [Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

---

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

---

**Erklärungen der behandelten volljährigen Person:**

- Ich entbinde **die Einrichtung, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht und**
- bin mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung**

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: [Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

---

Ort, Datum und Unterschrift der volljährigen behandelten Person

---

**4. Angaben der Einrichtung (von der Einrichtung auszufüllen)**

Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit **der Aufnahmeanzeige, der Überweisung (sofern die Behandlung nicht vorher genehmigungspflichtig ist), der Entlassungsanzeige beziehungsweise dem Entlassungsbericht und der Rechnung** an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Sind die Aufnahmeanzeige und (soweit erforderlich) die Überweisung und die Entlassungsanzeige/der Entlassungsbericht nicht beigefügt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende **Wahlleistungsvereinbarung** zwingend beizufügen.

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.

Aufnahmetag:	Aufnahmenummer:
Einweisungsdiagnosen:	
Aufnahmediagnosen (ICD):	
Verweildauer: _____ Tage	(voraussichtlicher) Entlassungstag:

Welche Behandlungsart liegt vor?

Anschlussheilbehandlung

stationäre Reha-Maßnahme

Suchtbehandlung

Mutter-/Vater-Kind-Reha-Maßnahme

stationärer Hospizaufenthalt

Höhe des Tagessatzes \_\_\_\_\_ Euro

Er beinhaltet

Unterkunft , Verpflegung, Pflege

ärztliche Leistungen

Heilmittel

\_\_\_\_\_

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart?

Ja

Nein

**Die Vereinbarung gegebenenfalls bitte beifügen.**

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung