



Beihilfe-Nummer bitte stets angeben:

BB

Stadt Erlangen
BeihilfeCenter

91051 Erlangen

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- ☐ stationärer Krankenhausbehandlung
- ☐ Anschlussrehabilitation
- ☐ sonstige stationäre Rehabilitation
- ☐ Dialysebehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.

1. Antragsteller*in (Beihilfeberechtigte/r)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

2. Erkrankte Person

Antragsteller ☐	Ehegatte (Vorname) ☐	Kind (Vorname) ☐
---	--	--

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung / der Dialyse-Institution		
Behandlungsbeginn	Voraussichtliche Behandlungsdauer	
Aufnahmenummer	Allgemeiner Pflegesatz (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Bei Dialysebehandlung: Voraussichtliche Kosten (€)		
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (€) - nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird.		

4. Zahlungsweise

Die Überweisung soll erfolgen an ☐ mich ☐ Krankenhaus ☐ Rehabilitationseinrichtung ☐ Dialyse-Institution		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
Bankleitzahl	Konto-Nr.	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------