



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<br><input type="checkbox"/> | Ehegatte (Vorname)<br><input type="checkbox"/> | Kind (Vorname)<br><input type="checkbox"/> |
|---|--|--|

### 3. Kosten

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

### 4. Zahlungsweise

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| Die Überweisung soll erfolgen an <input type="checkbox"/> mich <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung<br><input type="checkbox"/> 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 |
|------------|--------------|