

Antrag auf Gewährung von Beihilfe und auf Direktabrechnung*

Aktenzeichen - 8-stellig mit führenden Nullen

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Beamtenangelegenheiten
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer dienstlich/privat (freiwillig)

E-Mailadresse dienstlich/privat (freiwillig)

Die Belege werden gescannt und vernichtet. Bitte keine Originale, sondern gut lesbare Kopien beifügen. Die Kopien nicht klammern oder heften!

Antragsformulare unter: www.kvsa-magdeburg.de

*Eine Direktabrechnung kann nur mit einem zugelassenen Krankenhaus gem. § 108 SGB V erfolgen.

1. Ergänzende Angaben zum/zur Antragsteller/in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort/Ortsteil

2. Angaben zur behandelten Person (Bitte nur ausfüllen, wenn nicht mit Antragsteller/in identisch.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

3. Antragsvoraussetzungen (vom Antragsteller/von der Antragstellerin 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 in einem der folgenden Bereiche Änderungen ergeben?

ja nein

- Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen
- Familienstand (nur wenn eine berücksichtigungsfähige Person behandelt wird)
- Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (z. B. bei Geburt)
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil
 - Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten oder der Lebenspartnerin/des Lebenspartners, wenn die Ehegattin/der Ehegatte oder die Lebenspartnerin/der Lebenspartner behandelt wird

b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu, z. B. Heilfürsorge oder Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfer-Gesetz?

ja nein

c) Bei Direktabrechnung beleg- oder wahlärztlicher Leistungen: Wird die Behandlung durch einen nahen Angehörigen (§ 8 Absatz 1 Nummer 7 BBhV) durchgeführt? ja nein

d) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls? ja nein

4. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Hiermit erkläre ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich ermächtige das Krankenhaus und von ihm beauftragte Rechnungssteller, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen, und die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den Rechnungssteller zu zahlen.

Mit der Übermittlung meiner Daten zur Person, Diagnosen, Behandlungsdaten und den sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen dem Krankenhaus, dem Rechnungssteller und der Festsetzungsstelle bin ich einverstanden, soweit diese zur Prüfung des Zahlungsanspruchs des Krankenhauses erforderlich ist. Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle insoweit von der Schweigepflicht.

Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.

Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Leistungen bin ich selbst verantwortlich.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten

X

Unterschrift der/des Bevollmächtigten

(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

5. Erklärung der behandelten volljährigen Person

Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten zur Person, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen Krankenhaus und der Festsetzungsstelle einverstanden. Ich entbinde das Krankenhaus, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.

Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.

Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Leistungen bin ich selbst verantwortlich.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der volljährigen behandelten Person

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.

Angaben des Krankenhauses (vom Krankenhaus auszufüllen)

Das Verfahren richtet sich nach der zwischen der DKG und dem Bund abgeschlossenen Rahmenvereinbarung über eine Direktabrechnung von Krankenhausleistungen -Beihilfe -im schriftlichen Verfahren.

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit der Aufnahmeanzeige zeitnah nach Aufnahme der zu behandelnden Person in das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle. Ist die Aufnahmeanzeige nicht beigefügt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen.

Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende Wahlleistungsvereinbarung zwingend beizufügen. Die Festsetzungsstelle wird Ihnen zeitnah bestätigen, ob eine Direktabrechnung erfolgen kann und in welchem Umfang eine Leistungsverpflichtung besteht. Die Rechnung ist der Festsetzungsstelle mit der Entlassungsanzeige zuzuleiten (nicht bei Zwischenrechnungen).

Verzichtet die Festsetzungsstelle auf die vorherige Übermittlung dieses Antrages, ist dieser mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und gegebenenfalls der Wahlleistungsvereinbarung zu übersenden.

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.

Aufnahmedatum

Aufnahmenummer

Einweisungsdiagnosen

Aufnahmediagnosen (ICD)

(Bitte Aufnahmeanzeige beifügen.)

Verweildauer

Tage

(voraussichtliches) Entlassungsdatum

Erfolgte die Verlegung von einem anderen Krankenhaus?

ja nein

Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?

ja nein

Erfolgte die Behandlung durch einen Belegarzt/eine Belegärztin?

ja nein

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart?

ja nein

(Die Vereinbarung bitte gegebenenfalls beifügen.)

Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden?

ja nein

Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt?

ja nein

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?

ja nein

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?

ja nein

X

Ort, Datum

X

Unterschrift/Stempel

Ansprechperson und Rufnummer für Rückfragen