



Bitte senden Sie das gesamte Formular postalisch an:

Bundesanstalt für Verwaltungsdienstleistungen
PFB/Beihilfestelle
Postfach
48135 Münster

Antrag auf Abschlagszahlung

Ich bitte um eine Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe für

eine stationäre Krankenhausbehandlung.

eine Dialysebehandlung.

stationäre oder ambulante
Rehabilitationsmaßnahmen.

ein Pflegegeld für selbst beschaffte
häusliche Pflege.

einmalig hohe Aufwendungen für den
Kauf eines Arznei- oder Hilfsmittels.

A. Beihilfeberechtigte Person

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung

Geburtsdatum

Personalnummer

Anschrift, privat

/
Telefon, privat (bitte mit Vorwahl)

Anschrift, Dienststelle

Telefon, dienstlich (bitte mit Vorwahl)

E-Mail, dienstlich

B. Erkrankte/Pflegebedürftige Person

Beihilfeberechtigte Person

Berücksichtigungsfähige
Person

Kind A

Kind B

Name

Name

Name

Name

C. Zu erwartende Kosten

Name und Anschrift der Einrichtung

Voraussichtliche
Behandlungsdauer
Tage

Voraussichtliche Behandlungskosten
Pflegesatz/Fallpauschale
€

Angeforderte
Vorauszahlung
€

Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (bitte nur
angeben, wenn ein Zuschlag für die
Unterbringung in einem Zwei- oder
Ein-Bett-Zimmer berechnet wird)
€

Name und Anschrift der Dialyse-Institution

Bei häuslicher Pflege: Abschlagszahlung
für sechs Monate für den Zeitraum
bis

(Bitte eine Vorlaufzeit von ca. drei Wochen berücksichtigen.)

Pflegegrad 1 2 3 4 5

D. Zahlungsweise

Ich bitte um Überweisung an die genannte Einrichtung

Ich bitte um Überweisung auf mein Konto

Geldinstitut

IBAN

BIC

Inhaber des Kontos (falls abweichend)

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

Ein Nachweis über die Vorauszahlungsverpflichtung beziehungsweise eine ärztliche Verordnung sowie ein Nachweis über die voraussichtlich entstehenden Aufwendungen sind beifügt.

Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten