



Absender (Klinik/Einrichtung):
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

 Kommunalers Versorgungsverband Sachsen  
 Sachgebiet Beamtenversorgung und Beihilfe  
 Marschnerstraße 37  
 01307 Dresden

 0351 4401-340  
 0351 4401-333

 Telefon-Nr.  
für Rückfragen: \_\_\_\_\_

 Personalnummer des  
Beihilfeberechtigten: \_\_\_\_\_

 Behandelte Person  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Direktabrechnung mit dem KVS

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

Dieser Antrag ermächtigt den KVS, die Beihilfe unmittelbar an die stationäre Einrichtung zu zahlen.

### Von der stationären (Reha-)Einrichtung auszufüllen

(Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und füllen Sie die Felder vollständig aus!)

Aufnahmetag		Aufnahme-Nr.	
Sonstige Kostenträger		Pfleagesatz in EUR:	
Einweisender Arzt		Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in EUR:	
Einweisungsgrund/ Aufnahmediagnose (ICD):		Zuschlag für Zweibettzimmer in EUR:	
<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> stationäre Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/> Wahlärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Belegarzt
Geplante Behandlung (ICPM)	Operation vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Entgelte für vor-/nachstationäre Behandlung in EUR:	
Liegt ein Arbeits-/Dienst-/Schulunfall vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum _____ Unterschrift/Stempel der Reha-Einrichtung _____		
Liegt ein Unfall mit Drittverschulden vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Liegt ein Notfall vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

### Erklärung des Beihilfeberechtigten

Ich erkläre, dass sich folgende Sachverhalte seit dem letzten Beihilfeantrag nicht verändert haben:

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- anderweitige Ansprüche (zum Beispiel Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, nach Bundesversorgungsgesetz),
- Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners (soweit hier relevant),
- Anschrift,
- keine Behandlung durch einen nahen Angehörigen,
- keine Änderung hinsichtlich der Antragsvollmachten.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die stationäre Einrichtung, direkt mit dem KVS abzurechnen.

 Ort
   
\_\_\_\_\_

 Datum
   
\_\_\_\_\_

 Unterschrift des Beihilfeberechtigten
   
\_\_\_\_\_