

## **Anschrift Festsetzungsstelle**

## **Grundantrag auf Gewährung von Beihilfe im Rahmen der Direktabrechnung**

mit einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V)

## 1. Beihilfeberechtigte Person

## Geschäftszeichen

$$\begin{array}{|c|c|c|c|c|} \hline & & & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|c|} \hline & & & & \\ \hline \end{array}$$

**Familienname, Vorname**

**Geburtsdatum**

			.				.				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

### **Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

- Ich ermächtige die Festsetzungsstelle die Beihilfen unmittelbar an das Krankenhaus oder die rechnungsstellende Person zu zahlen.
  - Mit der Übermittlung der Daten zu meiner Person, von Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen dem Krankenhaus, der rechnungsstellenden Person und der Festsetzungsstelle bin ich einverstanden, soweit diese zur Prüfung des Zahlungsanspruchs des Krankenhauses erforderlich sind.  
*(nur bei Angaben zu berücksichtigungsfähigen und datenschutzrechtlich nicht einwilligungsfähigen Personen)*  
Dies gilt im Rahmen der Beihilfe auch für die Übermittlung entsprechender Daten meines oder meiner unten genannten berücksichtigungsfähigen und datenschutzrechtlich nicht einwilligungsfähigen Angehörigen.
  - Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder der rechnungsstellenden Person klären.
  - Ich willige ein, dass die Festsetzungsstelle sich zur Prüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit von Aufwendungen Dritter bedienen und hierzu die erforderlichen Daten übertragen kann. Ich entbinde das Krankenhaus, das behandelnde ärztliche Personal, die rechnungsstellende Person und die Festsetzungsstelle insoweit von der Schweigepflicht auch gegenüber dem Dritten.
  - Ich willige ein, dass die Festsetzungsstelle im Falle von Abrechnungsschwierigkeiten aufgrund einer Änderung des Versicherungsstatus oder -umfangs Kontakt mit der Krankenversicherung der behandelten Person aufnehmen kann, um eine Klärung herbeizuführen. Die hierfür notwendigen Daten (z.B. Name der Versicherung, Versicherungsnummer) teile ich der Festsetzungsstelle auf Nachfrage mit.
  - Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung jederzeit widerrufen kann.
  - Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

Datum, Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person  
(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

### **Berücksichtigungsfähige Person(en):**

<b>B1</b>	Familienname, Vorname		Geburtsdatum	/  .  /
<b>B2</b>	Familienname, Vorname		Geburtsdatum	/  .  /
<b>B3</b>	Familienname, Vorname		Geburtsdatum	/  .  /
<b>B4</b>	Familienname, Vorname		Geburtsdatum	/  .  /
<b>B5</b>	Familienname, Vorname		Geburtsdatum	/  .  /

Bitte Rückseite beachten!

**Erklärung(en) der berücksichtigungsfähigen und datenschutzrechtlich einwilligungsfähigen Person(en)**

- Mit der Übermittlung der Daten zu meiner Person, von Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen dem Krankenhaus, der rechnungsstellenden Person und der Festsetzungsstelle bin ich einverstanden, soweit diese zur Prüfung des Zahlungsanspruchs des Krankenhauses erforderlich sind.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder der rechnungsstellenden Person klären.
- Ich willige ein, dass die Festsetzungsstelle sich zur Prüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit von Aufwendungen Dritter bedienen und hierzu die erforderlichen Daten übertragen kann. Ich entbinde das Krankenhaus, das behandelnde ärztliche Personal, die rechnungsstellende Person und die Festsetzungsstelle insoweit von der Schweigepflicht auch gegenüber dem Dritten.
- Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung jederzeit widerrufen kann.
- Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich (nur für volljährige berücksichtigungsfähige Personen)

---

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B1

(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B2

(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B3

(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B4

(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

Datum, Unterschrift der Person oder der bevollmächtigten Person zu B5

(Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)