

Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 bis 3 SGB V genannten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

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

Erklärungen der behandelten volljährigen Person:

- Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht und
- bin mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 bis 3 SGB V genannten Daten einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

 Ort, Datum und Unterschrift der volljährigen behandelten Person

4. Angaben des Krankenhauses (vom Krankenhaus auszufüllen)

Hinweis: Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit der **Aufnahmeanzeige** zeitnah nach Aufnahme der zu behandelnden Person in das Krankenhaus an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. 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 Rechnung ist der Festsetzungsstelle mit der **Entlassungsanzeige** zuzuleiten (nicht bei Zwischenrechnungen).

Die Festsetzungsstelle verzichtet auf die vorherige Übermittlung dieses Antrages, so dass dieser erst mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und gegebenenfalls der Wahlleistungsvereinbarung zu übersenden ist.

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.

Aufnahmetag:	Aufnahmenummer:
Einweisungsdiagnosen:	
Aufnahmediagnosen (ICD):	
Verweildauer: _____ Tage	(voraussichtlicher) Entlassungstag:
Aufnahmeanzeige bitte beifügen.	

Verlegung von einem anderen Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Behandlung durch einen Belegarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Die Vereinbarung gegebenenfalls bitte beifügen.

Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:

Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung
--

Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige die Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde die Einrichtung, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

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

Erklärungen der behandelten volljährigen Person:

- Ich entbinde **die Einrichtung, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht und**
- bin mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

 Ort, Datum und Unterschrift der volljährigen behandelten Person

4. Angaben der Einrichtung (von der Einrichtung auszufüllen)

Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit **der Aufnahmeanzeige, der Überweisung (sofern die Behandlung nicht vorher genehmigungspflichtig ist), der Entlassungsanzeige beziehungsweise dem Entlassungsbericht und der Rechnung** an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Sind die Aufnahmeanzeige und (soweit erforderlich) die Überweisung und die Entlassungsanzeige/der Entlassungsbericht nicht beigefügt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende **Wahlleistungsvereinbarung** zwingend beizufügen.

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.

Aufnahmetag:	Aufnahmenummer:
Einweisungsdiagnosen:	
Aufnahmediagnosen (ICD):	
Verweildauer: _____ Tage	(voraussichtlicher) Entlassungstag:

Welche Behandlungsart liegt vor?		
<input type="checkbox"/> Anschlussheilbehandlung	<input type="checkbox"/> stationäre Reha-Maßnahme	
<input type="checkbox"/> Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/> Mutter-/Vater-Kind-Reha-Maßnahme	<input type="checkbox"/> stationärer Hospizaufenthalt
Höhe des Tagessatzes _____ Euro		
Er beinhaltet <input type="checkbox"/> Unterkunft, Verpflegung, Pflege <input type="checkbox"/> ärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> Heilmittel <input type="checkbox"/> _____		

Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart? Die Vereinbarung gegebenenfalls bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen: _____ Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung
--

Wenn eine Frage mit „Ja“ beantwortet wurde (Bitte nachfolgende Hinweise beachten!):		
Langantrag	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
Kurzantrag	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
Anlage „Pflege“	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet
<p>Hinweise:</p> <p>Bei Veränderungen der vorgenannten Sachverhalte sind der Festsetzungsstelle das ausgefüllte Antragsformular (Langantrag, Anlage 8 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) sowie die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) zu übersenden. Haben sich nur die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners geändert, ist auch die Vorlage des Kurzantrages (Anlage 9 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) und des ausgefüllten Formblattes „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) ausreichend.</p> <p>Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle mit Beginn eines Kalenderjahres oder bei erstmaliger Antragstellung das ausgefüllte Antragsformular (Lang- oder Kurzantrag) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) vorzulegen.</p> <p>Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag lediglich Änderungen im Hinblick auf den Pflegegrad beziehungsweise auf den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung oder das Einkommen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des § 55 Absatz 5 SächsBhVO ergeben, ist es ausreichend, wenn der Festsetzungsstelle nur die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1) zugeleitet wird.</p> <p>Es steht dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über die Pflegeeinrichtung gemeinsam mit diesem Antrag oder unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet.</p>		

<p>Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. – Ich ermächtige die Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung oder den Rechnungssteller zu zahlen. – Ich entbinde die Einrichtung, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht. – Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 104 Absatz 1 SGB XI genannten Daten bin ich einverstanden. – Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären. – Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich. <p>_____ Ort, Datum und Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person (Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)</p>

5. Angaben der Einrichtung (von der Einrichtung auszufüllen)

Sie werden gebeten, diesen Antrag an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Die Festsetzungsstelle wird Ihnen zeitnah bestätigen, ob eine Direktabrechnung erfolgen kann und in welchem Umfang eine Leistungsverpflichtung besteht.

Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die pflegebedürftige Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der pflegebedürftigen Person direkt in Rechnung zu stellen.

Pflegezeitraum	von	bis
Unterbrechung wegen (soweit bereits bekannt)		
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis
<input type="checkbox"/> Stationäre Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
<input type="checkbox"/>	von	bis
Zu erwartende monatliche Kosten in Euro:		
davon pflegebedingte Aufwendungen		
davon Unterkunft/Verpflegung		
davon Investitionskosten		
davon Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 SGB XI		
davon sonstige Aufwendungen (zum Beispiel Platzfreihaltegebühren)		

Hinweise:

Die Direktabrechnung kann für die Dauer von bis zu sechs Monaten, bei berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Lebenspartnern längstens jedoch bis zum Ende des Kalenderjahres, unter dem Vorbehalt zugesagt werden, dass durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat etwaige Unterbrechungszeiten und sich daraus ergebende Überzahlungen mitzuteilen sind. Liegen keine etwaigen Unterbrechungszeiten vor, ist dies formlos (zum Beispiel auf der Folgerechnung) zu vermerken. Kommt die vollstationäre Pflegeeinrichtung dieser Verpflichtung nicht nach, erlischt die Zusage der Beihilfezahlung an die vollstationäre Pflegeeinrichtung ab dem darauffolgenden Monat.

Nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes kann ein erneuter Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung gestellt werden.

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:

Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung