

Erklärungen 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.

Datum, Unterschrift der volljährigen behandelten Person

4. 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 beigelegt, 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):	
Verweildauer: _____ Tage	(voraussichtliches) Entlassungsdatum:
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 bitte gegebenenfalls 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

Ansprechperson und Rufnummer bei Rückfragen:

Datum, Unterschrift, Stempel