

**Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe**

**Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle Aurich
Postfach 1570
26585 Aurich**

Personalnummer	Geburtsdatum
----------------	--------------

Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in

Name	Vorname
------	---------

Wichtiger Hinweis:

Wenn Sie einen Abschlag für eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme wünschen, fügen Sie bitte den für den Behandlungszeitraum maßgebende Pflegekostentarif bei. Sie erhalten diese Unterlagen beim Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung.

1.	Person, für die der Abschlag gezahlt werden soll
	Name, Vorname, Geburtsdatum

2.	Ergänzende Angaben
-----------	---------------------------

a) Der Abschlag wird für eine Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation oder eine sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahme benötigt

Name und Anschrift des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung		
Tag der Aufnahme	Voraussichtliche Verweil-/Behandlungsdauer	Zu leistende Vorauszahlung - EUR –
Basis-/Abteilungspflegesatz - EUR –	Fallpauschale/Sonderentgelt - EUR –	Zuschlag 2-Bettzimmer - EUR –

b) Der Abschlag ist aufgrund notwendiger Arzneimittel erforderlich (bitte die Verordnung beilegen)

Name des Arzneimittels und die Pharmazentralnummer (PZN):	Zu leistende Vorauszahlung - EUR –
---	------------------------------------

c) Der Abschlag ist aus sonstigem Grund erforderlich

Grund:	Zu leistende Vorauszahlung - EUR –
--------	------------------------------------

3.	Zahlungsweg
-----------	--------------------

Ich bitte um Überweisung an mich das Krankenhaus oder die Rehabilitationseinrichtung die Apotheke

IBAN	Bankname	BIC
------	----------	-----

Verwendungszweck (z. B. Patientendaten oder die Aufnahme-Nr.)

Wichtige Hinweise:

Wenn eine Abschlagszahlung an Dritte erfolgen soll, sind die Angaben zu Nr. 2 a), b) und 3 unten zu bestätigen. Für einen Abschlag aus sonstigen Gründen fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis bei.

Erklärung:

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

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**Erklärung der Apotheke, des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung:
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bescheinigt.**

Stempel der Apotheke, des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung, Datum, Unterschrift