

Name, Vorname der beihilfeberechtigten Person	Personalnummer (8-stellig)	
telefonisch erreichbar		

## Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe

An  
**Deutsche Bundesbank**  
**Zentrale Beihilfestelle**  
**Leibnizstraße 10**  
**10625 Berlin**

Eine Abschlagszahlung kann nur in den im Vordruck genannten Fällen gewährt werden.

Ein Nachweis über die geleistete Vorauszahlung ist beizufügen.

### 1 Person, für deren Behandlung der Abschlag beantragt wird

beihilfeberechtigte Person Ehe-/Lebenspartner  
 Kind, Vorname: \_\_\_\_\_

### 2 Grund der beantragten Abschlagszahlung

- a) stationäre Krankenhausbehandlung
- b) stationäre Anschlussheil- oder Suchtbehandlung
- c) stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Mutter/Vater-Kind Rehabilitationsmaßnahme

Eine Abschlagszahlung kann nur gewährt werden, wenn diese vor Beginn der Maßnahme von der Einrichtung gefordert wird. Ein detaillierter Nachweis der Einrichtung über die Höhe der zu leistenden Vorauszahlung ist beizufügen; in den Fällen b) und c) einschließlich der Angabe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung.

Beginn der Behandlung: \_\_\_\_\_

- d) hohe Kosten für den Kauf eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels

Die ärztliche Verordnung einschließlich eines Nachweises der Apotheke über die Höhe der zu leistenden Zahlung ist beizufügen.

### 3 Überweisung der Abschlagszahlung

Die Überweisung soll erfolgen auf  das Bezügekonto  
 das folgende Konto der Klinik bzw. Apotheke:

IBAN

BIC

Kontoinhaber/in

**Ich verpflichte mich, unverzüglich einen Beihilfeantrag zu stellen**, sobald mir die Rechnung vorliegt, auf die sich dieser Abschlag bezieht.

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er den Beihilfeanspruch übersteigt.

Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person
-------	--------------------------------------------------------------------