VKO
VERSORGUNGSKASSE
OLDENBURG

Antrag auf Abschlagszahlung für eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Reha

Versorgungskasse Oldenburg
- Beihilfestelle -
Nadorster Str. 155
26123 Oldenburg

Aktenzeichen (Bitte dem letzten Bescheid entnehmen)	
Beihilfeberechtigte/r (Name, Vorname)	**Geburtsdatum**

Wichtiger Hinweis:
Wenn Sie einen Abschlag für eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme wünschen, fügen Sie bitte den für den Behandlungszeitraum maßgebenden 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:

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-	2-Bettzimmer -EUR- (nicht beihilfefähig)

3. Zahlungsweg:

Ich bitte um Überweisung an mein folgendes Konto:

IBAN:	
Bank:	BIC:

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

Datum	Unterschrift der / des Beihilfeberechtigten oder der / des Bevollmächtigten
	Vollmacht ☐ liegt vor ☐ liegt bei