

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe (ohne Aufwendungen für dauernde Pflege)

neuen Beihilfeantrag beifügen? ja nein

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Aufwendungen für dauernde Pflege bitte auf besonderem Vor-
druck geltend machen

Bei erstmaliger Antragstellung mit diesem Vordruck:

Bitte alle Fragen beantworten

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 – 5 gegenüber
den Angaben im letzten Antrag auf Beihilfe ergeben?

nein (nur Nr. 1, 2, 4 u. 6 ja Nr. 1 bis 6 voll
ständig ausfüllen)

Landrat für den Kreis Düren
Hauptamt
Beihilfestelle
52348 Düren

										Pers.-Nr.	
1	Name			Vorname			Besoldungs-/ Vergütungsgruppe		Geburtsdatum		
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort						Telefon privat				
							Telefon dienstlich				
	Dienststelle/Schule				Nur Arbeitnehmer (= Beschäftigte): Begründung des jetzigen Arbeitsverhältnisses vor dem 01.01.1999? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
	Vollbeschäfti- gung: <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Sabbatjahr <input type="checkbox"/> Altersteilzeit Blockmodell Wochenstundenzahl: _____ bei Lehrern: Pflichtstundenzahl _____		Beurlaubung ohne Dienstbezüge in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> aus familiären Gründen vom _____ bis _____ (Bei gleichzeitiger Teilzeitbeschäftigung bitte beides vermerken)						
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig		verheiratet seit _____		geschieden seit _____		verwitwet seit _____		getrennt lebend seit _____			
Vorname des/r Ehegatten/in, Lebenspartners/in, ggf. abweichender Familienname						Geburtsdatum					
2 Es wurde ein Abschalag gewährt durch Bescheid vom:							in Höhe von _____				
3 IBAN:				BIC:			bei (Bank): _____				
4	Kinder (Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwen- dungen geltend gemacht werden - s. Anmerkung 1))			Geburts- datum		Kinderbezo- gener Anteil im Familien- zuschlag steht mir zu		Anderem El- ternteil steht der kinderbe- zogene Anteil im Familienzu- schlag zu		Anspruchs- zeit- raum 1,2) (vom/bis)	
	Name, Vorname										
	1					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	2					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	3					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
4					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
5 Antragstellende Person, Ehegatte/in, Lebenspartner/in und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:											
Personen (Reihenfolge der Kinder wie unter Nr. 4)		Nur Beamte, Versor- gungs- empfän- ger Privat ver- sichert bei 3)	Zusätzli- che Aus- lands- kran- kenver- siche- rung? Bei?	Nur Arbeit- nehmer Privat ver- sichert bei seit 3)	In einer gesetzl. Krankenversicherung Kostenerstattung gewählt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			Zuschuss eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 26 Abs. 2 SGB II, 257 SGB V, § 61 SGB XI stand zu oder wird auf Grund § 207 a SGB III übernommen: 4)			
		pflicht- versichert bei	freiwillig versichert bei	familien- versichert über	Jahr	zustehen- der Zu- schuss im Antrags- monat €	Krankenversi- cherungsbei- trag im An- tragsmonat €	vom - bis			
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Antragsteller/in (A)							<input type="checkbox"/> E/L				
Ehegatte/in(E) Lebenspartner/in (L)							<input type="checkbox"/> A				
Kind 1 (K1)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				
Kind 2 (K2)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				
Kind 3 (K3)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				
Kind 4 (K4)							<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E/L				

1) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zzgl. Zeit des Wehr- oder
Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

2) Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Familienzuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der
Aufwendungen nicht bestand.

3) Bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung des Versicherungsschutzes (nicht Beitragsänderung) bitte Nachweis (Versicherungspolice)
beifügen.

4) Bei Landesbediensteten die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen.

Zusammenstellung der Aufwendungen (bitte in doppelter Ausfertigung vorlegen)

Von der antragstellenden Person auszufüllen					Nicht von der antragstellenden Person auszufüllen						
1	Datum der Rechnung	Art ¹⁾ der Leistung	Rechnungsbetrag		Leistungen von Versicherungen %-Tarif oder Betrag		Dem Grunde nach beihilfefähiger Betrag		Beihilfefähiger Betrag		Bemerkungen Erläuterung der Ziffern siehe Rückseite
			€	Ct	%	€	Ct	€	Ct	€	
1	2	3	4		5		6		7		8
Aufwendungen für die antragstellende Person (ggf. Ergänzungsblatt verwenden)											
Übertrag:											
Summe											(v. H.)
Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten (ggf. Ergänzungsblatt verwenden)											
Übertrag:											
Summe											(v. H.)
Aufwendungen für Kinder (ggf. Ergänzungsblatt verwenden)											
*K.Nr											
Übertrag:											
Summe											(80 v. H.)
Summe der Versicherungsleistungen							Beihilfe				
Höchstbetragsberechnung											
Dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen ab Leistungen der Versicherung											
Höchstbetrag der Beihilfe											
Beihilfe / Höchstbetrag der Beihilfe											Sachlich und rechnerisch richtig
Zuschuss gem. § BVO											
Beihilfe insgesamt											
Kostendämpfungspauschale											
Anzurechnende Abschläge											
Auszahlender Betrag											Unterschrift

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:
 AB = Ärztliche Behandlung
 ZB = Zahnbehandlung
 RP = Arznei- oder sonst. Heilmittel
 KB = Kieferorthopädische Behandlung
 KH = Stationäre Krankenhausbehandlung
 SB = Stationäre Rehabilitationsmaßnahme
 HK = Heilkur
 SO = Sonstige (Massagen, Krankengymnastik u.a.)
 HM = Hilfsmittel (Brille etc.)
 BF = Beförderungskosten
 *K.-Nr. = Kind-Nr.

Bitte zu jeder Nachberechnung die entsprechenden Belege mit vorlegen!!!

Für eine Nachberechnung ist **kein** neuer Antrag erforderlich.

1. Arztrechnungen und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose sowie den **Stempel** und die **Unterschrift** des Ausstellers enthalten.
2. Bitte zunächst der Krankenkasse/Krankenversicherung zur Erstattung vorlegen und mit dem Erstattungsvermerk bzw. -beleg erneut einreichen.
3. Bei Auslandsrechnungen kann nicht von einer Quotenerstattung ausgegangen werden. Bitte reichen Sie den Beleg zusammen mit der Erstattungsmitteilung Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung erneut ein. Außerdem bitte ich um Angabe der Diagnose und um Mitteilung, welche Behandlungen bzw. Untersuchungen durchgeführt wurden.
4. Bitte mit dem/den Laborbeleg(en) erneut einreichen.
5. Bitte mit der ärztlichen Verordnung erneut einreichen.
6. Nachträglich verordnete Medikamente/Anwendungen/Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig.
7. Bitte den beigefügten Vordruck durch den Augenoptiker ausfüllen lassen und **mit der Rechnung** und der Verordnung erneut einreichen.
8. Wie kam es zu der Verletzung? Besteht evtl. Ersatzpflicht Dritter; Liegt ein Dienstatfall/Schulunfall vor? Bitte den beigefügten Vordruck ausfüllen und mit der Rechnung erneut vorlegen!
9. GOÄ 2/GebÜH 3 ist nur als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Arztes/Heilpraktikers berechnungsfähig.
10. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer ambulanten Behandlung in der Praxis des Arztes/Zahnarztes mit einer einmaligen Anwendung verbraucht wurden sind beihilfefähig. Diese Regelung gilt nicht für von Heilpraktikern verbrauchte Stoffe und nicht für die Verabreichung von nicht beihilfefähigen Medizinprodukten.
11. Es fehlt die Begründung zur Überschreitung des Schwellenwertes.
12. Die Begründung zur Überschreitung des Schwellenwertes kann nach den Richtlinien der BVO nicht als beihilfefähig anerkannt werden, da aus der Begründung nicht nachvollziehbar ersichtlich ist, dass abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle bei dem Patienten Besonderheiten aufgetreten sind und die Leistung auf Grund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Die Begründung des Arztes muss auf die einzelne **Leistung bezogen** sein. Das Überschreiten der Schwellenwerte rechtfertigen nur sogenannte **patientenbezogene Bemessungskriterien**, d. h. Gründe, die in der Person des Patienten liegen.
13. Verschreibungspflichtige Mund- und Rachen-therapeutika, Erkältungsmittel, Abführmittel, Geriatrika, Verhütungsmittel sind nicht beihilfefähig und Güter des täglichen Bedarfes (z.B. Nahrungsergänzungsmittel, Abmagerungsmittel, Haut- und Haarpflegemittel) sind ebenfalls nicht beihilfefähig.
- 13a. Unabhängig von der Verschreibungsart sind bei über 18-jährigen Personen Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel nicht beihilfefähig, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.
14. Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel sind nicht beihilfefähig.
15. Welche Impfung (z. B. GOÄ 375) wurde durchgeführt?
16. Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, soweit die Schutzimpfungen öffentlich (von der STIKO – Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfohlen sind. Danach können die Aufwendungen für die Impfung (Material/Honorar) nicht als beihilfefähig anerkannt werden.
17. 1-Bett-Zimmer-Zuschlag ist nicht beihilfefähig. Stattdessen wird der Preis für ein 2-Bett-Zimmer angesetzt.
18. **stationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung**
Die Kosten für die stationäre privatärztliche Behandlung werden abzüglich eines Betrages von 10 €/Tag, der Kosten für ein Zweibettzimmer abzüglich eines Betrages von 15 €/Tag, bei privaten Krankenanstalten 25 €/Tag als beihilfefähig anerkannt (für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr).
- 18a. Gesondert berechnete Mehraufwendungen (Komfortzuschläge, z.B. Sanitärzelle etc.) sind nicht beihilfefähig.
19. Kürzung erfolgt gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.
20. Kürzung erfolgt gemäß Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen.
21. Wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden sind nicht beihilfefähig.
22. Medizinisch nicht notwendige Behandlungsmethoden sind nicht beihilfefähig.
23. Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten. Die aufgeführten Materialkosten sind somit nicht beihilfefähig.
24. Die Schreibgebühren nach den Nrn. 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nrn. 80, 85 und 90 berechnungsfähig.
25. Einmalartikel, Porto, Kopierkosten u.ä. sind nicht beihilfefähig.
26. Auslagen/Material, das nicht näher bezeichnet ist, ist nicht beihilfefähig.
27. Neben GOÄ 27 sind GOÄ 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.
28. Nacht-/Notdienstzuschlag ist nicht beihilfefähig.
29. Pauschalhonorare sind nicht beihilfefähig.
30. Neugeborenen-Fallpauschale (DRG P66D / P67E) ist den Aufwendungen der Mutter zuzuordnen.

Bitte zu jeder Nachberechnung die entsprechenden Belege mit vorlegen!!!

Für eine Nachberechnung ist **kein** neuer Antrag erforderlich.

1. Arztrechnungen und Zahnarztrechnungen müssen die Diagnose sowie den **Stempel** und die **Unterschrift** des Ausstellers enthalten.
2. Bitte zunächst der Krankenkasse/Krankenversicherung zur Erstattung vorlegen und mit dem Erstattungsvermerk bzw. -beleg erneut einreichen.
3. Bei Auslandsrechnungen kann nicht von einer Quotenerstattung ausgegangen werden. Bitte reichen Sie den Beleg zusammen mit der Erstattungsmitteilung Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung erneut ein. Außerdem bitte ich um Angabe der Diagnose und um Mitteilung, welche Behandlungen bzw. Untersuchungen durchgeführt wurden.
4. Bitte mit dem/den Laborbeleg(en) erneut einreichen.
5. Bitte mit der ärztlichen Verordnung erneut einreichen.
6. Nachträglich verordnete Medikamente/Anwendungen/Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig.
7. Bitte den beigefügten Vordruck durch den Augenoptiker ausfüllen lassen und **mit der Rechnung** und der Verordnung erneut einreichen.
8. Wie kam es zu der Verletzung? Besteht evtl. Ersatzpflicht Dritter; Liegt ein Dienstatfall/Schulunfall vor? Bitte den beigefügten Vordruck ausfüllen und mit der Rechnung erneut vorlegen!
9. GOÄ 2/GebÜH 3 ist nur als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Arztes/Heilpraktikers berechnungsfähig.
10. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer ambulanten Behandlung in der Praxis des Arztes/Zahnarztes mit einer einmaligen Anwendung verbraucht wurden sind beihilfefähig. Diese Regelung gilt nicht für von Heilpraktikern verbrauchte Stoffe und nicht für die Verabreichung von nicht beihilfefähigen Medizinprodukten.
11. Es fehlt die Begründung zur Überschreitung des Schwellenwertes.
12. Die Begründung zur Überschreitung des Schwellenwertes kann nach den Richtlinien der BVO nicht als beihilfefähig anerkannt werden, da aus der Begründung nicht nachvollziehbar ersichtlich ist, dass abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle bei dem Patienten Besonderheiten aufgetreten sind und die Leistung auf Grund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Die Begründung des Arztes muss auf die einzelne **Leistung bezogen** sein. Das Überschreiten der Schwellenwerte rechtfertigen nur sogenannte **patientenbezogene Bemessungskriterien**, d. h. Gründe, die in der Person des Patienten liegen.
13. Verschreibungspflichtige Mund- und Rachen-therapeutika, Erkältungsmittel, Abführmittel, Geriatrika, Verhütungsmittel sind nicht beihilfefähig und Güter des täglichen Bedarfes (z.B. Nahrungsergänzungsmittel, Abmagerungsmittel, Haut- und Haarpflegemittel) sind ebenfalls nicht beihilfefähig.
- 13a. Unabhängig von der Verschreibungsart sind bei über 18-jährigen Personen Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel nicht beihilfefähig, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.
14. Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel sind nicht beihilfefähig.
15. Welche Impfung (z. B. GOÄ 375) wurde durchgeführt?
16. Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, soweit die Schutzimpfungen öffentlich (von der STIKO – Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfohlen sind. Danach können die Aufwendungen für die Impfung (Material/Honorar) nicht als beihilfefähig anerkannt werden.
17. 1-Bett-Zimmer-Zuschlag ist nicht beihilfefähig. Stattdessen wird der Preis für ein 2-Bett-Zimmer angesetzt.
18. **stationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung**
Die Kosten für die stationäre privatärztliche Behandlung werden abzüglich eines Betrages von 10 €/Tag, der Kosten für ein Zweibettzimmer abzüglich eines Betrages von 15 €/Tag, bei privaten Krankenanstalten 25 €/Tag als beihilfefähig anerkannt (für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr).
- 18a. Gesondert berechnete Mehraufwendungen (Komfortzuschläge, z.B. Sanitärzelle etc.) sind nicht beihilfefähig.
19. Kürzung erfolgt gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.
20. Kürzung erfolgt gemäß Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen.
21. Wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden sind nicht beihilfefähig.
22. Medizinisch nicht notwendige Behandlungsmethoden sind nicht beihilfefähig.
23. Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten. Die aufgeführten Materialkosten sind somit nicht beihilfefähig.
24. Die Schreibgebühren nach den Nrn. 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nrn. 80, 85 und 90 berechnungsfähig.
25. Einmalartikel, Porto, Kopierkosten u.ä. sind nicht beihilfefähig.
26. Auslagen/Material, das nicht näher bezeichnet ist, ist nicht beihilfefähig.
27. Neben GOÄ 27 sind GOÄ 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.
28. Nacht-/Notdienstzuschlag ist nicht beihilfefähig.
29. Pauschalhonorare sind nicht beihilfefähig.
30. Neugeborenen-Fallpauschale (DRG P66D / P67E) ist den Aufwendungen der Mutter zuzuordnen.

