

Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je teilnehmende Person c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je teilnehmende Person Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	11,20 4,80 7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen a) mittels Hauben	14,90 18,20
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Befundung/Bericht a) Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans b) Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Ärztin oder Zahnärztin oder des verordnenden Arztes oder Zahnarztes c) Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die Ärztin oder den Arzt	16,50 61,10 1,30
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	26,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	42,50
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	53,10
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 25 Minuten	12,00
7.1	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebral bedingten Schädigungen für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (2 bis 4 Personen) je teilnehmende Person, Richtwert: 30 Minuten	15,00
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 45 Minuten	15,00
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,30
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 21,80 15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	32,20
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
13	Bewegungsübungen a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 20 Minuten	12,40 7,70
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je teilnehmende Person einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 21,80 15,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	50,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
	Bereich Massagen	
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	19,60
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	23,50
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	32,50
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	48,70
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	65,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	20,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
	Bereich Palliativversorgung	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20
	bb) Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompressen	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und ähnliche, auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz a) Hand- oder Fußbad b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	8,80 17,60 24,40 4,10
37	Gashaltiges Bad a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	25,70 29,70 27,70 24,40 4,10
38	Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.	
	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung	
39	Kältetherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	13,30
	Bereich Elektrotherapie	
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	16,90
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
	Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	
47	Erstdiagnostik/Bericht a) Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Leistungserbringerwechsel innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig b) Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig c) Bericht an die verordnende Person d) Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20 55,60 6,00 107,40
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten d) Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der zu behandelnden Person und ihrer Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	49,40 68,00 86,50 103,40

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je teilnehmende Person a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der zu behandelnden Person und ihrer Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	61,20 34,60 111,20 67,20
Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
51	Einzelbehandlung a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten d) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs oder im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	41,80 55,60 72,30 123,90 166,80 139,20
52	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), je teilnehmende Person a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	32,80 44,50 55,10
53	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), je teilnehmende Person a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten	16,00 20,60 37,90
54	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung Richtwert: 45 Minuten	46,20
55	Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	139,20
56	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je teilnehmende Person	36,00
57	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), je teilnehmende Person, Richtwert: 60 Minuten	20,60
Bereich Podologie		
58	Podologische Befundung a) Erstbefundung b) je Behandlung	48,80 3,00
59	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70
60	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Ernährungstherapie		
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	67,90
67	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50
68	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Person; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50
69	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00
70	Gruppenbehandlung, je teilnehmende Person, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80
Bereich Sonstiges		
71	Ärztlich verordneter Hausbesuch, soweit nicht gesondert abgegolten	20,60
72	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
73	Werden auf demselben Weg mehrere Personen besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 71 und 72 nur anteilig je behandelnde Person beihilfefähig.	

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung

(1) Die Maßnahmen nach § 41 Absatz 4 können von gesunden und erkrankten Ratsuchenden direkt in Anspruch genommen werden, wenn zuvor das Vorliegen der Einschlusskriterien (Familienkonstellationen mit einer empirischen Mutationswahrscheinlichkeit ≥ 10 Prozent) geklärt wurde. Die entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung, die genetische Analyse sowie intensivierete Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen sind in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig:

(2) Für die Risikofeststellung, Aufklärung und Beratung beträgt die Pauschale

1. bei Leistungserbringung in einem dem Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs angehörenden Zentrum (FBREK-Zentrum) einmalig 900 Euro je Familie,
2. bei Leistungserbringung durch Kooperationspartner,
 - a) sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, einmalig 400 Euro,
 - b) sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt, einmalig 600 Euro.

Die Pauschalen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

(3) Für die genetische Analyse sind folgende Pauschalen einmalig beihilfefähig:

1. für die diagnostische genetische Untersuchung (Indextestung) 3 500 Euro für eine an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankte verwandte Person (Indexperson),
2. für die prädiktive genetische Untersuchung 250 Euro, wenn es sich bei der ratsuchenden Person um eine gesunde Person handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird,
3. für die Genpanel-Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung 2 600 Euro als Nachtestung zur Aktualisierung des Genbefundes ausschließlich bei vor dem

1. Januar 2015 getesteten Ratsuchenden,
4. für die bioinformatische Auswertung 920 Euro bei Ratsuchenden, welche die unter Nummer 3 erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, bei denen das Komplettierungs-Genpanel bereits im Rahmen von Forschungsdurchgeföhrt wurde.

Die Pauschalen nach Satz 1 Nummer 1 bis 4 sind nicht nebeneinander beihilfefähig. Im Fall einer gesunden ratsuchenden Person wird die Indexperson untersucht, wenn nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung erfolgt ist. Bei dieser Genanalyse handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest zur Feststellung weitergehender Therapieansätze bei der erkrankten Person, dessen Kosten dieser zugerechnet werden. Wenn aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Person abgeleitet werden können oder wenn sie eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, wird die Genanalyse als sogenannter prädikativer Gentest der gesunden ratsuchenden Person zugeordnet. Das Vorliegen einer solchen Voraussetzung ist durch schriftliche ärztliche Stellungnahme oder durch schriftliche Dokumentation der Ablehnung nachzuweisen.

(4) Für die intensivierten Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen beträgt die Pauschale 580 Euro einmal je Kalenderjahr.

(5) Bei Beendigung der intensivierten Früherkennung wegen Wegfalls des erhöhten Risikos beträgt die Pauschale einmalig 580 Euro. Die Pauschale ist nicht beihilfefähig, wenn die Pauschale nach Absatz 4 in diesem Kalenderjahr bereits berechnet worden ist.

(6) Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.

Beihilfeberechtigte Person Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) (<u>Zwingend anzugeben!</u>)
Anschrift		
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	Eingangsstempel

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezügestelle Dresden
Referat 339/D – Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

**Antrag auf
Gewährung von Beihilfe**

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 sowie 7 bis 14 zu beantworten. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

→ Anlage „Pflege“ ist beigelegt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

Langantrag Kurzantrag

Anlage „Pflege“

1.	<p>Bei wiederholter Antragstellung: Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattin/Ehegatte/ eingetragener Lebenspartnerin/ eingetragendem Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r) oder eines Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nummer _____ Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.</p>
2.	<p>Angaben zum Dienstverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter, RichterIn/Richter seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied des Sächsischen Landtages Anspruch auf Leistungen nach § 21 des Abgeordnetengesetzes seit _____ ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>

	<input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst																																
	von	bis	Grund ¹																														
	¹ Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 98 Absatz 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.																																
3.	Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiename)</th> <th style="width: 15%;">Geburtsdatum</th> <th style="width: 20%;">Wegfall</th> <th style="width: 20%;">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja ab</td> <td style="text-align: center;">Ja ab</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kind (K1)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Kind (K2)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Kind (K3)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Kind (K4)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Kind (K5)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiename)	Geburtsdatum	Wegfall	Wiederaufnahme			Ja ab	Ja ab	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familiename)	Geburtsdatum	Wegfall	Wiederaufnahme																														
		Ja ab	Ja ab																														
1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
4.	Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen² neben der Beihilfe? Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!																																
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Zusatzversicherung ³ Ja (Art bitte angeben)																												
				pflicht- frei- familien- willig versichert bei																													
	Beihilfeberechtigter Person (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	Berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	K1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	K2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	K3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	K4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	K5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
	² berücksichtigungsfähige Personen sind die in Nummer 1 genannten Personen ³ Zusatzversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen. Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1)																																

5.	Sind Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person anderweitig beihilfeberechtigt?			
	<input type="checkbox"/> Ja, für		<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Vorname	Anspruch	Gegenüber wem? Ab wann?	
	<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und so weiter <input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamtin/Beamter/Richterin/Richter			
6.	Ist eine berücksichtigungsfähige Person bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig? (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils aus einem eigenen Beamtenverhältnis)			
	<input type="checkbox"/> Ja (welche Person)		<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Vorname der berücksichtigungsfähigen Person	Name, Vorname der anderen beihilfeberechtigten Person	Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet?	Ab wann?
Bitte ab hier alle Fragen beantworten!				
7.	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?			
	<input type="checkbox"/> Ja, für:		<input type="checkbox"/> Nein	
	Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs	
Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.				
8.	Werden Aufwendungen für eine/-n berücksichtigungsfähige/-n Erwachsene/-n geltend gemacht?			
	<input type="checkbox"/> Ja, für:	<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein	

Vorname der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen und gegebenenfalls abweichender Familienname:		Geburtsdatum:			
<input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> rechtskräftig geschieden	seit:		
Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Absatz 3 EStG) - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - oder vergleichbare ausländische Einkünfte der/des nicht selbst beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähigen Erwachsenen im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung 18 000 Euro? (Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Bitte die Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen für die drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung mit dem Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO erklären!					
9.	Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis, bei dem eine Person einen Schaden erleidet.)				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag	<input type="checkbox"/> Nein		
	Unfalldatum:	<input type="checkbox"/> Dienstunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
	Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):				
	Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung beziehungsweise kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter. <input type="checkbox"/> Ja, gegen (Name, Anschrift der erstattungspflichtigen Person/des Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen): <input type="checkbox"/> Nein				
10.	Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)				
	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!		<input type="checkbox"/> Nein		
11.	Ich beantrage die Geburtspauschale				
	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!		<input type="checkbox"/> Nein		

<p>12.</p>	<p>Auszahlung der Beihilfe</p> <p>Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ja, in Höhe von _____ Euro </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Nein </div> </div> <p>Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto der beihilfeberechtigten Person überwiesen. Eine Überweisung an eine dritte Person ist nur im Ausnahmefall und unter Angabe von Gründen möglich. Gegebenenfalls Empfänger, Bankverbindung und Begründung auf einem gesonderten Blatt beifügen. Eine Auszahlung an mehrere Empfänger ist nicht möglich.</p>
<p>13.</p>	<p>Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung</p> <p>Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html (Bereich Beihilfe) abrufen. Die behördliche Datenschutzbeauftragte oder den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/-r Datenschutzbeauftragte/-r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.</p>
<p>14.</p>	<p>Erklärung</p> <p>Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.</p> <p>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ Euro</p> <p>Anzahl der beigefügten Belege: _____</p> <p>Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in Kopie vorlegen.</p> <hr/> <p>Ort, Datum</p> <p>Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person</p> <p>Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt der Festsetzungsstelle vor <input type="checkbox"/> ist beigefügt</p>

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von (beihilfeberechtigte Person)	vom
Hinweise: Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller/-in, E = berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r, K = Kind	

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag				

Beihilfeberechtigte Person Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	Az.: (Org.-Nr./Personalnummer) <u>(Zwingend anzugeben!)</u>
Anschrift		Eingangsstempel
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	

Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

Landesamt für Steuern und Finanzen
Bezügestelle Dresden
Referat 339/D – Beihilfe
Postfach 10 06 55
01076 Dresden

**Kurzantrag auf
Gewährung von Beihilfe**

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

→ Anlage „Pflege“ ist beigelegt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

Langantrag Kurzantrag

Anlage „Pflege“

Bei Änderung der nachstehenden Sachverhalte

- **Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,**
- **Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,**
- **Krankenversicherungsschutz,**
- **anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen),**
- **Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,**
- **anderweitige Ansprüche oder Anspruch auf Kostenerstattung,**
- **Einkünfte der Ehegattin/des Ehegatten/der eingetragenen Lebenspartnerin/des eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (im Folgenden: berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r),**
- **Anschrift,**
- **Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen,**
- **Anspruch auf eine Geburtspauschale,**
- **Auszahlung an Dritte im Ausnahmefall,**

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular „Antrag auf Gewährung von Beihilfe“.

Ändern sich nur die Einkünfte der/des berücksichtigungsfähigen Erwachsenen, ist auch die Vorlage des Kurzantrages mit einem ausgefüllten Formblatt nach Anhang 2 der VwV-SächsBhVO zur Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG ausreichend.

Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung

Ihre Daten werden vom Landesamt für Steuern und Finanzen zum Zwecke der Festsetzung, Anordnung und Zahlung der Beihilfe gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen können Sie im Internet unter <http://www.lsf.sachsen.de/Datenschutz.html> (Bereich Beihilfe) abrufen. Die behördliche Datenschutzbeauftragte oder den behördlichen Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Steuern und Finanzen erreichen Sie unter: Landesamt für Steuern und Finanzen, Behördliche/-r Datenschutzbeauftragte/-r, Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden, E-Mail-Adresse: Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de.

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt. Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ich habe für die beantragte Beihilfe einen **Ab-schlag** erhalten

Ja, in Höhe von
_____ **Euro**

Nein

Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ **Euro**

Anzahl der beigefügten Belege: _____

Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in **Kopie** vorlegen.

Ort, Datum

Unterschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person
Vollmacht liegt der Festsetzungsstelle vor ist beigefügt

Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von (beihilfeberechtigte Person)	vom
---	-----

Hinweise:

Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch.

A = Antragsteller/-in, E = berücksichtigungsfähige/-r Erwachsene/-r, K = Kind

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
Gesamtbetrag				