

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

**Antrag auf  
Beihilfe für Aufwendungen nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel  
gem. § 46 Abs. 3 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO)**

**für das Kalenderjahr**

1. Angaben zum Grenzbetrag (2% allgemein oder 1% bei chronischer Erkrankung)	
<input type="checkbox"/>	Den Grenzbetrag von 2 % habe ich erreicht bzw. werde ich erreichen.
<input type="checkbox"/>	Den Grenzbetrag von 1 % habe ich erreicht bzw. werde ich erreichen. Ich bzw. eine berücksichtigungsfähige Angehörige/ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist schwerwiegend chronisch krank und es liegt <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit einer der Pflegegrade 3 bis 5 (bis 2016 Stufe 2 oder 3) vor,</li> <li><input type="checkbox"/> ein Grad der Behinderung von mindestens 60 vom Hundert vor oder</li> <li><input type="checkbox"/> eine kontinuierliche medizinische Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die auf Grund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist, vor.</li> </ul>
Entsprechende Nachweise habe ich <input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> bereits vorgelegt.	

2. Angaben zum Jahreseinkommen		
Ich/Wir verfüge/n über folgende zur Ermittlung des Grenzbetrages heranziehbare Einkommen (entsprechende Nachweise über das Brutto-Vorjahreseinkommen habe ich beigefügt):		
Fragen bitte vollständig beantworten!	Antragsteller	Ehegatte/eingetr. Lebenspartner
Dienst- und Versorgungsbezüge (Bezügeabrechnung vom Dezember des Vorjahres)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	EGA/Lebenspartner ist selbst antragsberechtigt
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV, Knappschaft o.ä.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Renten aus einer zusätzl. Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z.B. VBL-Rente, Betriebsrente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einkünfte aus selbständiger und nicht selbständiger Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lohnersatzleistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Nur für Anwärter (Beamte im Vorbereitungsdienst)</b>		
<input type="checkbox"/> Neben meinen Anwärterbezügen hatte ich im Vorkalenderjahr keine weiteren Einkünfte		

Die Erstattung für sogen. Bagatellarzneimittel ist gem. § 46 Abs. 3 S. 4 NBhVO ausgeschlossen.

Bagatellarzneimittel sind:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, husten-dämpfenden und hustenlösenden Mittel,
- Mund- und Rachentherapeutika, (ausgenommen bei Pilzinfektionen),
- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit sowie
- Arzneimittel bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Die bisher für das Kalenderjahr dieses Antrages angefallenen Rezepte für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (ausgenommen Bagatellarzneimittel) sind beigefügt.

Die bisher für das Kalenderjahr dieses Antrages angefallenen Rezepte für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (ausgenommen Bagatellarzneimittel) werde ich unter Hinweis auf diesen Antrag nachreichen.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Erstattungen und Ermäßigungen von Dritten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe..

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

**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung**

Personalnummer

Geburtsdatum

Name

Vorname

Zur Vorlage bei der Beihilfestelle

Name, Vorname der Patientin oder des Patienten	geboren am
--	------------

ist <b>wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung</b> (Patientin/Patient ist mindestens seit einem Jahr jeweils einmal im Quartal in ärztlicher Behandlung)	<b>seit</b>
--	-------------

**Diagnose** der Dauererkrankung

---

---

Die Dauerbehandlung wird voraussichtlich am  beendet sein.

Das Ende der Dauerbehandlung ist zur Zeit nicht absehbar.

Ein Wegfall der chronischen Erkrankung ist auf Lebenszeit nicht zu erwarten

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der Dauererkrankung erforderlich, da ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.  ja  nein

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
------------	--