

Personalnummer/Aktenzeichen

Geburtsdatum

Name

Vorname

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% oder 1% bei chronischer Erkrankung)

Den Grenzbetrag von 2 % der Einkünfte des Vorjahres habe ich erreicht bzw. werde ich erreichen.

Den Grenzbetrag von 1 % der Einkünfte des Vorjahres habe ich erreicht bzw. werde ich erreichen. Ich bzw. eine berücksichtigungsfähige Angehörige/ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist chronisch krank und es liegt

- Pflegebedürftigkeit einer der Pflegegrade 3 bis 5 vor,
- ein Grad der Behinderung von mindestens 60 vom Hundert vor oder
- 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.

Entsprechende Nachweise habe ich beigelegt bereits vorgelegt.

2. Angaben zum Jahreseinkommen des vorangegangenen Kalenderjahres

Mein Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ist **selbst** Beihilfeberechtigte(r).

Mein Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert.
(Ist die/der Ehegatte(in)/eingetragene Lebenspartner(in) selbst Beihilfeberechtigte(r)) und/oder Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, sind ihre/seine Einkünfte nicht anzugeben. Diese Personen sind selbst antragsberechtigt bei ihrer Beihilfestelle / gesetzlichen Krankenversicherung.)

Ich/Wir verfüge/n über folgende zur Ermittlung des Grenzbetrages heranziehbare Einkünfte:
(Maßgeblich sind die Einkünfte des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag gestellt wird. Nachweise über das Brutto-Vorjahreseinkommen sind beizufügen.)

Fragen bitte vollständig beantworten!	Antragsteller	Ehegatte/eingetr. Lebenspartner
Dienst- und Versorgungsbezüge (Bezügeabrechnung vom Dezember des Vorjahres)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ehegatte/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

Nur für Anwärter (Beamte im Vorbereitungsdienst)

Anwärterbezüge sind keine Dienstbezüge und zählen daher nicht zu den heranziehbaren Einkünften im Sinne des § 46 Abs. 1 NBhVO).

Andere Einkünfte des Vorjahres sind ggf. auf Seite 1 anzugeben und nachzuweisen.

- Ich hatte im vorangegangenen Kalenderjahr keine Einkünfte (ggf. außer Anwärterbezüge).
- Ich werde während des Vorbereitungsdienstes keine Einkünfte (außer Anwärterbezüge) beziehen.

Eine Beihilfe zu Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ist gem. § 46 Abs. 3 Satz 4 NBhVO auch nach Erreichen des Grenzbetrages ausgeschlossen für:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, husten-dämpfenden und hustenlösenden Mittel,
- Mund- und Rachentherapeutika, es sei denn, dass sie zur Behandlung von Pilzinfektionen, von geschwürigen Erkrankungen oder zur Behandlung nach chirurgischen Eingriffen verordnet werden,
- Abführmittel, es sei denn, dass sie zur Behandlung im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung oder vor diagnostischen Eingriffen, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- oder Opioidtherapie oder in der Terminalphase verordnet werden,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit, es sei denn, dass sie gegen Erbrechen bei einer Tumorthherapie oder anderen Erkrankungen verordnet werden, 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 o. g. Arzneimittel) sind beigelegt.
- Die bisher für das Kalenderjahr dieses Antrages angefallenen Rezepte für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (ausgenommen o. g. Arzneimittel) 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
-------	--------------

Zur Vorlage bei der Beihilfestelle

**Ärztliche Bescheinigung
zur Feststellung einer
chronischen Erkrankung**

Personalnummer/Aktenzeichen	Geburtsdatum
Name	Vorname

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

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

Diagnose der Dauererkrankung
.....
.....

<input type="checkbox"/> Die Dauerbehandlung wird voraussichtlich am <input type="text"/> beendet sein.
<input type="checkbox"/> Das Ende der Dauerbehandlung ist zur Zeit nicht absehbar.
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

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