

## Voraussetzungen und Höchstbeträge für Leistungen von Heilpraktikern

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>1-8</b>	<b>Allgemeine Leistungen</b>	
1	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50
2.1	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00
2.2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens nach den Regeln der klassischen Homöopathie	35,00
	<i>Die Aufwendungen für die Leistungen nach der Nummer 2.1 oder 2.2 sind innerhalb von 6 Monaten höchstens dreimal beihilfefähig.</i>	
3	Kurze Information, auch telefonisch, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	3,00
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 4 sind nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50
5	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung	9,00
6	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00
7	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, zwischen 20 Uhr und 7 Uhr (bei Nacht)	18,00
8	Beratung, auch telefonisch, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, an Sonn- und Feiertagen	20,00
	<i>Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Die Aufwendungen nach den Nummern 6 bis 8 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso sind die erhöhten Aufwendungen für Sonn- und Feiertage nur beihilfefähig, wenn der Heilpraktiker nicht gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	
<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>	
9.1	bei Tag	24,00
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00
9.3	bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen	29,00
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>	
10.1	Für jede angefangene Stunde bei Tag von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00
10.2	Für jede angefangene Stunde bei Nacht von bis zu 2 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00
10.5	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Tag von über 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00
10.6	Für jeden zurückgelegten Kilometer bei Nacht von über 2 bis 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 Kilometern Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so sind für die ersten 25 Kilometer die Nummern 10.5 oder 10.6 anzuwenden und ab dem 26. Kilometer pro Kilometer an Reisekosten beihilfefähig	0,20
	<i>Beihilfefähig sind nur die Wegkilometer des jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweges. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so sind auch an Stelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten des Heilpraktikers beihilfefähig sowie der Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit in Höhe von	16,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>11</b>	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	5,00
11.2	a) Ausführlicher Krankheits- und Befundbericht oder Gutachten (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00
	b) Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00
<b>12</b>	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>	
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Die Aufwendungen für die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht beihilfefähig.</i>	3,00
12.2	Harnuntersuchung quantitativ <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn angegeben ist, auf welchen Stoff untersucht wurde (zum Beispiel: Zucker).</i>	4,00
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00
12.7	Blutstatus <i>Die Aufwendungen sind nicht neben den Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 12.9, 12.10 oder 12.11 beihilfefähig.</i>	10,00
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00
12.11	Zählung der Erythro-, Leuko- und Thrombozythen	
	a) mindestens eines der genannten Parameter: Erythrozytenzahl, Hämatokrit, Hämoglobin, mittleres Zellvolumen (MCV) einschließlich der errechneten Kenngröße (zum Beispiel MCH, MCHC) und der Erythrozytenverteilungskurve, Leukozytenzahl und Thrombozytenzahl.	3,00
	b) Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	3,00
12.13	Einfache mikroskopische oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld pro Untersuchung <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.</i>	6,00
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.</i>	7,00
<b>13</b>	<b>Sonstige Untersuchungen</b>	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach von Brehmer, Enderlein <i>Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Art der Untersuchung angegeben ist.</i>	6,00
<b>14</b>	<b>Spezielle Untersuchungen</b>	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.1 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.2 beihilfefähig.</i>	8,00
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.2 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1, 4 oder 14.1 beihilfefähig.</i>	8,00
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.3 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.</i>	5,00
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Die Aufwendungen für eine Leistung nach Nummer 14.9 sind nicht neben Aufwendungen für eine Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.</i>	8,00
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- oder Strömungsmessungen	9,00
<b>17</b>	<b>Neurologische Untersuchungen</b>	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00
<b>18-23</b>	<b>Spezielle Behandlungen</b>	
<b>20</b>	<b>Atemtherapie, Massagen</b>	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00
20.2	Nervenzpunktmassage zum Beispiel nach Cornelius und Aurelius, Spezialnervenzpunktmassage	6,00
20.3	Bindegewebsmassage	6,00
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00
20.5	Großmassage	6,00
20.6	Sondermassagen	
	a) Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00
	b) Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periotmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>	
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00
<b>24-30</b>	<b>Blutentnahme – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren</b>	
<b>24</b>	<b>Eigenblut</b>	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>	
	<i>Die Aufwendungen für die bei Infusionen eingebrachten Arzneimittel sind nach Maßgabe des § 22 beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Präparate müssen angegeben sein.</i>	
25.1	Injektion, subkutan	5,00
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,00
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Huneke	11,50
25.7	Infusion	8,00
25.8	Dauertropfinfusion	12,50
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>	
26.1	Blutentnahme	3,00
26.2	Aderlass	12,00
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>	
27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00
27.2	Skarifikation der Haut	4,00
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00
27.5	Schröpfkopfmassage einschließlich Gleitmittel	5,00
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00
27.12	Biersche Stauung	5,00

Nr.	Leistung	Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>	
30.1	Spülung des Ohres	5,00
<b>31-33</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>	
<b>31</b>	<b>Abszesse, Akne</b>	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00
33.2	Elastische Stütz- oder Pflasterverbände	7,00
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Die Aufwendungen für die für den Verband verbrauchten Materialien sind in Höhe der nachweisbaren Kosten beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Materialien müssen angegeben sein</i>	10,00
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Die Aufwendungen sind nur einmal je Sitzung beihilfefähig.</i>	19,00
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>	
35.1	des Unterkiefers	11,00
35.2	des Schultergelenkes oder der Wirbelsäule	21,00
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes oder der Fußgelenke	21,00
35.4	des Schlüsselbeins oder der Kniegelenke	12,00
35.5	des Daumens	10,00
35.6	einzelner Finger oder Zehen	10,00
<b>36-39</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie</b>	
<b>36</b>	<b>Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen</b> <i>Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00
36.4	Kneippsche Güsse	4,00
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b> <i>Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b> <i>Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00
38.4	Kneippsche Wickel- oder Ganzpackungen, Prießnitz- oder Schlenzpackungen	3,00
<b>39</b>	<b>Elektro-physikalische Heilmethoden</b>	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00
39.4	Faradisation, Galvanisation oder verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00

<b>Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>Beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR</b>
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- oder Mikrowellenbehandlung	3,00
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	4,00
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	<b>Az.: (Org.-Nr./Personalnummer)</b> <b>(Zwingend anzugeben!)</b>
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 beigefügt.  
 Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:  
 Langantrag    Kurzantrag    Anlage „Pflege“

<b>1.</b>	<p><b>Bei wiederholter Antragstellung:</b>  <b>Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</b>  <input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nr. _____      <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.  <b>Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</b></p>																																								
<b>2.</b>	<p><b>Angaben zum Dienstverhältnis</b></p> <p><input type="checkbox"/> Beamter/Richter seit:</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">von</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">bis</th> <th style="width: 34%; text-align: center;">Grund<sup>1</sup></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small><sup>1</sup> Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 142a Abs. 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.</small></p>	von	bis	Grund <sup>1</sup>																																					
von	bis	Grund <sup>1</sup>																																							
<b>3.</b>	<p><b>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 35%;">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)</th> <th rowspan="2" style="width: 25%;">Geburtsdatum</th> <th colspan="2" style="width: 15%;">Wegfall</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <th style="width: 7.5%;">Ja</th> <th style="width: 7.5%;">ab</th> <th style="width: 10%;">Ja</th> <th style="width: 10%;">ab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K1.</td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K2.</td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K3.</td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K4.</td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>K5.</td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Wegfall		Wiederaufnahme		Ja	ab	Ja	ab	K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum			Wegfall		Wiederaufnahme																																			
		Ja	ab	Ja	ab																																				
K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					

4.	<b>Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?</b>								
	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 <sup>2</sup>
			Normaltarif	Basistarif	Standardtarif	pfllicht-	freiwillig	familienversichert bei	Ja (Art bitte angeben)
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehegatte (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<sup>2</sup> 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) _____									
<sup>3</sup> L = eingetragener Lebenspartner									
5.	<b>Besteht für Sie oder einen Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?</b>								
	<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 Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamter								
6.	<b>Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?</b> (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils)								
	<input type="checkbox"/> Ja (welche Person)						<input type="checkbox"/> Nein		
	Name, Vorname	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)?**

Ja, für:  Nein

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs

**Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.**

**8. Werden Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht?**

Ja, für:  Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag  Nein

Vorname des Ehegatten und gegebenenfalls abweichender Familienname: Geburtsdatum:

verheiratet  verwitwet  rechtskräftig geschieden seit:

Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen – des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung 18 000 EUR?<sup>4</sup>

(Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.)

Ja  Nein

**Nachweise bitte für eventuelle Anforderung aufbewahren!**

<sup>4</sup> Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen ist für die Ermittlung der Einkünfte das Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung maßgebend.

**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.)**

Ja  Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag  Nein

Unfalldatum:  Dienstunfall  Schulunfall  Arbeitsunfall  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.

Ja, gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen/Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):  Nein

10.	<b>Sind Aufwendungen durch die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder durch Tätigkeit eines bei ihm abhängig beschäftigten Mitarbeiters, der nicht selbst liquidationsberechtigt ist, entstanden?</b>			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ja, folgende:</b>			
	Beleg(e) Nr(n).	Name des Behandlers beziehungsweise Liquidationsberechtigten:		
	Der Behandler/Liquidationsberechtigte ist:	<input type="checkbox"/> Ehegatte (E)/eingetragener Lebenspartner (L)	<input type="checkbox"/> Elternteil (eigene Eltern oder von E/L)	<input type="checkbox"/> Kind (eigenes oder von E/L)
<b>Sind Sachkosten entstanden? Bitte Nachweis beifügen!</b>				
11.	<b>Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?</b> (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!</b>			
12.	<b>Ich beantrage die Geburtspauschale</b>			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!</b>			
13.	<b>Auszahlung der Beihilfe</b>			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> <b>Ja, in Höhe von _____ EUR</b>			
14.	<b>Erklärung</b>			
	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 beifügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.			
	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.			
<b>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: _____ EUR</b>				
<b>Anzahl der beifügten Belege: _____</b>				
Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in <b>Kopie</b> vorlegen.				
Ort, Datum		Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten		
		Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beifügt		

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom
<b>Hinweise:</b> Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, K = Kind	

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in EUR
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				
<b>Gesamtbetrag</b>				

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	<b>Az.: (Org.-Nr./Personalnummer)</b> <b><u>(Zwingend anzugeben!)</u></b>
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 beigefügt.

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 des Ehegatten,**
- **Anschrift,**
- **Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen,**
- **Behandlung durch einen nahen Angehörigen,**
- **Anspruch auf eine Geburtspauschale,**
- **Auszahlung an Dritte im Ausnahmefall,**

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

**Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die durch das Tätigwerden von nahen Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, eigene Eltern oder Kinder sowie Eltern oder Kinder des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners) der behandelten Person entstanden sind.

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 **Abschlag** erhalten

**Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR**

**Nein**

**Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: \_\_\_\_\_ EUR**

**Anzahl der beigefügten Belege: \_\_\_\_\_**

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten  
 Vollmacht  liegt dem LSF vor    ist beigefügt

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom
<b>Hinweise:</b> Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, K = Kind	

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in EUR
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				
<b>Gesamtbetrag</b>				

## Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn			vom			
<b>1.</b>	<b>Angaben zur Pflegeversicherung</b> (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)					
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung		
				Mitglied	Familierversichert bei	
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
	Ehegatte (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
L = Eingetragener Lebenspartner						
<b>2.</b>	<b>Pflegebedürftige Person</b>					
	Name, Vorname		Pflegestufe			
			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung <b>Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!</b>				<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor		
<b>3.</b>	<b>Ich beantrage Leistungen für:</b>					
	<b>Pflegezeitraum (Antragszeitraum)</b>		<b>von</b>	<b>bis</b>		
	Häusliche Pflege (bitte Punkt 4 beachten!)	Stationäre Pflege (bitte Punkt 5 beachten!)	Sonstige Leistungen			
	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege			
	<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Vergütungszuschläge	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag			
<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen				
<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege						
<input type="checkbox"/> <b>Ich beantrage die Zahlung der Pflegepauschale als Abschlagszahlung.</b> <b>Hinweis:</b> Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.						
<b>Ich beantrage Aufwendungen für</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Pflegehilfsmittel</b>			<input type="checkbox"/> <b>Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes</b>			
Beleg vom	Betrag in EUR	Zuschüsse der Pflegeversicherung in EUR	Leistungsbescheid der Pflegeversicherung liegt bei	wird nachgereicht	liegt vor	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.	<b>Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:</b>		
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)		Dauer der Pflege (gegebenenfalls je Pflegeperson) in Stunden/Woche
	Unterbrechung der Pflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen <sup>1)</sup>
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege	von	bis
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis
	<input type="checkbox"/> Stationärer Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt der pflegebedürftigen Person	von	bis
	<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	von	bis
	<input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson	von	bis
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von	bis	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von	bis	
<sup>1)</sup> Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Ersatz-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson), sind diese alle vollständig anzugeben.			
Bestätigung der erbrachten Pflege:			
Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder Bevollmächtigten		Unterschrift der Pflegeperson(en)	
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht,			
		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor	
<b>Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!</b>			
5.	<b>Bei vollstationärer Pflege:</b>		
	Unterbrechungszeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Angaben unter 4.)
	<b>Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Abs. 4 SächsBhVO)</b> (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) <b>Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter beifügen!</b>		
	Einkommen	Antragsteller (in EUR)	Ehegatte (in EUR)
	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags)		
	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG)		
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge		
	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit			
Lohnersatzleistungen			