

## Anhang zu Nummer 60 und 63

### Anhang 1

(VwV zu §§ 3 und 57 Absatz 3 SächsBhVO)

Bestätigung der anderen zuständigen  
Festsetzungsstelle

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| Vor- und Nachname der beihilfeberechtigten Person |
| Az. (Org.-Nr. /Personalnummer)                    |
| Dienststelle                                      |

### Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!

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

|                                                                                                |         |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| <b>1. Es wird bestätigt, dass für Aufwendungen der folgenden Kinder Beihilfe gewährt wird:</b> |         |              |
| Name                                                                                           | Vorname | Geburtsdatum |
|                                                                                                |         |              |
|                                                                                                |         |              |
|                                                                                                |         |              |
|                                                                                                |         |              |

Folgende Person erhält die Beihilfe: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

### 2. Für

\_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

wird ein **erhöhter Bemessungssatz** aufgrund eines berücksichtigungsfähigen Kindes oder mehrerer berücksichtigungsfähiger Kinder zu Grunde gelegt:

☐ ja

☐ nein

Bemerkungen (zum Beispiel zur Höhe des erhöhten Bemessungssatzes):

|  |
|--|
|  |
|  |

**3. Zuständige Festsetzungsstelle des Ehegatten/Lebenspartners/Partners in eheähnlicher Gemeinschaft/Kindsvater/-mutter (vollständige Adresse)**

|                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 1.2em;"></div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Telefon (für Fragen):

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift andere Festsetzungsstelle

**Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für berücksichtigungsfähige Erwachsene**

|                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!</b></p> <p>Landesamt für Steuern und Finanzen<br/>Bezügestelle Dresden<br/>Referat 339/D - Beihilfe<br/>Postfach 10 06 55<br/>01076 Dresden</p> | <p>Beihilfeberechtigte Person:</p> <hr/> <p>Az. (Org.-Nr./Personalnummer):</p> <hr/> <p>Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten/der Ehegattin oder des Lebenspartners/der Lebenspartnerin (Berücksichtigungsfähige Erwachsene)</p> <hr/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Zeitraum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Höhe der Einkünfte in Euro | laut Steuerbescheid vom |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                         |
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                         |
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                         |
| 01.01.20__ bis 31.12.20__                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                         |
| <input type="checkbox"/> Für den Zeitraum/ die Zeiträume 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__, 01.01.20__ bis 31.12.20__<br><input type="checkbox"/> liegt noch kein Einkommensteuerbescheid <sup>1</sup> vor<br><input type="checkbox"/> wird/wurde keine Einkommensteuererklärung abgegeben, da keine Verpflichtung hierfür besteht <sup>2</sup> .<br>Die Einkünfte erklären wir wie folgt: (Sind mehrere Jahre zu erklären, bitte mehrere Formblätter verwenden): |                            |                         |
| Zeitraum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 01.01.20__ bis 31.12.20__  |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Höhe (geschätzt) in Euro   |                         |
| Verlustvortrag nach § 10d Absatz 4 EStG für den vorangegangenen Veranlagungszeitraum laut Feststellung des Finanzamtes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |                         |
| Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft nach §§ 13 bis 14a EStG (Gewinn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |                         |
| Einkünfte aus Gewerbebetrieb nach §§ 15 bis 17 EStG (Gewinn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                         |
| Einkünfte aus selbständiger Arbeit nach § 18 EStG (Gewinn)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |                         |
| Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit nach § 19 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                         |
| Einkünfte aus Kapitalvermögen, die von der Abgeltungssteuer erfasst werden, nach § 20 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                         |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung nach § 21 EStG (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                         |
| Sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG <sup>3</sup> (Einnahmen abzüglich Werbungskosten)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                            |                         |
| Summe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            |                         |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| Abzüglich                                    |  |
| - Altersentlastungsbetrag                    |  |
| - den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende |  |
| - den Abzug nach § 13 Absatz 3 EStG          |  |
| Einkünfte gesamt (§ 2 Absatz 3 EStG)         |  |

Wir versichern, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Sofern keine Verpflichtung zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung besteht, versichern wir, dass keine weiteren Einkünfte erzielt wurden. Uns ist bekannt, dass die Beihilfe zurückgefordert werden kann, wenn die durchschnittlichen Einkünfte der letzten drei Jahre tatsächlich 18 504 Euro<sup>4</sup> übersteigen.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 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. 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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

|            |                                         |                                                     |
|------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift beihilfeberechtigte Person | Unterschrift berücksichtigungsfähige/r Erwachsene/r |
|------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|

<sup>1</sup> Nach Erhalt des Einkommensteuerbescheides ist dieser unverzüglich der Festsetzungsstelle zur Aufhebung des Vorbehaltes vorzulegen, sofern die Vorlage abverlangt wurde.

<sup>2</sup> Bitte andere geeignete Nachweise (zum Beispiel Verdienstbescheinigungen, Bankbelege) vorlegen.

<sup>3</sup> Sonstige Einkünfte sind beispielsweise: Wiederkehrende Bezüge, Renten, Unterhaltsleistungen, Versorgungsleistungen, Ausgleichszahlungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs, Einkünfte aus privaten Veräußerungsgeschäften, Entschädigungen, Amtszulagen, Zuschüsse zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen, Übergangsgelder, Überbrückungsgelder, Sterbegelder, Versorgungsabfindungen, Versorgungsbezüge, Leistungen aus Altersvorsorgeverträgen, Pensionsfonds, Pensionskassen und Direktversicherungen.

<sup>4</sup> Der Höchstbetrag von 18 504 Euro gilt für das Kalenderjahr 2024. Er erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Grundgehaltssätze nach § 19 des Sächsischen Besoldungsgesetzes und die monatliche Sonderzahlung nach § 64a des Sächsischen Besoldungsgesetzes. Die Erhöhung tritt mit Wirkung zum 1. Januar des zweiten Jahres ein, das dem Jahr der Erhöhung des Grundgehaltes folgt.

**Formblatt 1**

**Antrag auf Anerkennung der  
Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für  
ambulante Psychotherapie in  
Langzeittherapie**

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

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

|                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Beihilfeberechtigte Person</b>                                           |  |
| <b>Org.-/Personalnummer</b>                                                 |  |
| <b>Name, Vorname</b>                                                        |  |
| <b>Geburtsdatum</b>                                                         |  |
| <b>Anschrift</b>                                                            |  |
| <b>Pseudonymisierungscode</b> (wird von der<br>Festsetzungsstelle vergeben) |  |
|                                                                             |  |

**1. Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie  
für folgende Person:**

- ☐ Beihilfeberechtigte Person
- ☐ Berücksichtigungsfähige Person

|      |         |              |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|      |         |              |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

## Formblatt 2

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pseudonymisierungscode</b> (wird von der Festsetzungsstelle vergeben) |
|                                                                          |

### 2. Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige

|            |
|------------|
| Frau/Herrn |
|------------|

dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde ihn von der Schweigepflicht des Arztes oder Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

---

Datum

---

Unterschrift der zu behandelnden Person oder des gesetzlichen Vertreters

**3. Bescheinigung des Therapeuten**

a) Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

b) Welcher Art ist die Psychotherapie?

- |                                                                       |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstbehandlung                               | <input type="checkbox"/> Verlängerung/Folgebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie   |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie                           | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie         |

c) Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist insgesamt zu rechnen?

ausschließlich

☐ Einzelbehandlungen mit Anzahl an Sitzungen 
☐ Gruppenbehandlung/Mehrpersonensetting mit Anzahl an Sitzungen 

Kombinationsbehandlung mit

☐ überwiegend Einzelbehandlung mit Anzahl Einzelsitzungen  Anzahl Gruppensitzungen 
☐ überwiegend Gruppenbehandlung mit Anzahl Einzelsitzungen  Anzahl Gruppensitzungen 
☐ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt  
(In diesen Fällen muss jeder Therapeut ein Formblatt 3 ausfüllen.)

d) Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen?

☐ Nein ☐ Ja Anzahl der Sitzungen 

e) Wie viele Sitzungen wurden bereits durchgeführt?

|     |     |                        |                      |                                                 |                      |
|-----|-----|------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
| von | bis | Anzahl Einzelsitzungen | <input type="text"/> | Anzahl Gruppensitzungen/<br>Mehrpersonensetting | <input type="text"/> |
|-----|-----|------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|----------------------|

f) Wurden zusätzlich zu e) Akutbehandlungen durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja Anzahl der Sitzungen 

g) Vergütung

|                 |                      |                                 |                      |
|-----------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| Gebührennummern | <input type="text"/> | Gebührenhöhe je Sitzung in Euro | <input type="text"/> |
|-----------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|

h) Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

|     |     |                     |                      |
|-----|-----|---------------------|----------------------|
| von | bis | Anzahl an Sitzungen | <input type="text"/> |
|-----|-----|---------------------|----------------------|

**4. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**4.1 Ärzte**

- ☐ Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ☐ Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- ☐ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- ☐ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
  
- ☐ Arzt mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“  
verliehen: ☐ vor dem 1. April 1984 ☐ nach dem 1. April 1984
- ☐ Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie - fachgebunden -
- ☐ Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
  
- ☐ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- ☐ Schwerpunkt Systemische Therapie

Eine Berechtigung liegt vor zur Behandlung

- ☐ in Gruppen ☐ von Kindern und Jugendlichen

**4.2 Psychologische Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

**4.2.1** Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in der jeweils geltenden Fassung

Datum der Approbation  als

- ☐ Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welches der nachfolgend anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ vor?

- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Systemische Therapie

bei ☐ Erwachsenen ☐ Kindern und Jugendlichen ☐ zur Behandlung in Gruppen

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte

**4.2.2** Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung

Datum der Approbation  als

- ☐ Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer

Gegebenenfalls Eintrag in das Arztregister bei KV

Für welches nachfolgend anerkannte Behandlungsverfahren liegt bezogen auf die KV-Zulassung oder Eintragung in das Arztregister eine vertiefte Ausbildung im Sinne von § 12 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung vor?

- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Systemische Therapie

bei ☐ Erwachsenen    ☐ Kindern und Jugendlichen    ☐ zur Behandlung in Gruppen

Verfügen Sie gegebenenfalls über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, für
  - ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie
  - ☐ Verhaltenstherapie

Name und Ort des Instituts

Datum des Abschlusses



---

Datum

---

Unterschrift und Stempel des Therapeuten

## Formblatt 4

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als VERTRAULICHE MEDIZINISCHE UNTERLAGEN gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden!

Absender - Name und Anschrift des Therapeuten

### Bericht an den Gutachter zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

#### I. Angaben über den Patienten

**Pseudonymisierungscode** (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

Alter

Geschlecht

Familienstand

Beruf

#### II. Angaben über die Behandlung

Art der vorgesehenen Therapie

Datum des Therapiebeginns

Angaben zur Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz seit Therapiebeginn

Angaben zur voraussichtlich noch erforderlichen Behandlung Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz

#### III. Bericht des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie

**Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

**Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:**

1. **Spontanangaben** des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, gegebenenfalls bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, gegebenenfalls von wem veranlasst? Therapieziele des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei Kindern und Jugendlichen auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts. Psychopathologischer Befund (zum Beispiel Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung des Patienten in seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltenssexezessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.  
Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.  
Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, gegebenenfalls unter Beifügung der Befundberichte
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit gegebenenfalls gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; gegebenenfalls Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen oder Menschen mit einer geistigen Behinderung: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen werden, muss dies begründet werden.

## Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1 bis 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, gegebenenfalls testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, gegebenenfalls neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und gegebenenfalls der Bezugspersonen.

3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und gegebenenfalls Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

---

Datum

---

Unterschrift und Stempel des Therapeuten

## Formblatt 5

Den Bericht bitte in einem als VERTRAULICHE MEDIZINISCHE UNTERLAGEN gekennzeichneten Umschlag übersenden!

### Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

auf Veranlassung von

Name des Therapeuten

#### Patient

**Pseudonymisierungscode** (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

- ☐ Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung.
- ☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich.

Art der Maßnahme:

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnose(n):

- ☐ Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär/ambulant (zum Beispiel laufende Medikation):

- ☐ Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

- ☐ Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

- ☐ Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  
☐ erfolgt. ☐ veranlasst.

Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

**Formblatt 6****Pseudonymisierungscode**

Das Gutachten bitte in dem beigelegten, als VERTRAULICHE MEDIZINISCHE UNTERLAGEN gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle übersenden!

**Psychotherapie-Gutachten****Auftragsschreiben vom****Therapieform**

|                          |                                               |                          |                      |
|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> | Verhaltenstherapie   |
| <input type="checkbox"/> | Analytische Psychotherapie                    | <input type="checkbox"/> | Systemische Therapie |

**Wie viele Sitzungen sind notwendig?**

|                                                     | Anzahl der notwendigen Sitzungen bei ausschließlich |                                           | Anzahl der notwendigen Sitzungen bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend |                                           |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                     | Einzelbehandlung                                    | Gruppenbehandlung/<br>Mehrpersonensetting | Einzelbehandlung                                                            | Gruppenbehandlung/<br>Mehrpersonensetting |
| Für die zu behandelnde Person                       |                                                     |                                           |                                                                             |                                           |
| Für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson |                                                     |                                           |                                                                             |                                           |

**Stellungnahme**

Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters

## **Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit**

### **Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

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

#### **1. Person in Pflegezeit**

|                                                       |         |                             |
|-------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| Name                                                  | Vorname | Geburtsdatum                |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) |         | Telefon (Angabe freiwillig) |
| Dauer der Pflegezeit:                                 | von     | bis                         |

#### **2. Beihilfeberechtigter**

|                                                       |         |                             |
|-------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| Name                                                  | Vorname | Geburtsdatum                |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) |         | Telefon (Angabe freiwillig) |

#### **3. Pflegebedürftige Person**

|                                               |                                                 |                                                                                        |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigter | <input type="checkbox"/> Ehegatte/Lebenspartner | <input type="checkbox"/> Kind, Vorname:<br>(gegebenenfalls abweichender Familienname): |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

#### **4. Beitrag während der Pflegezeit**

|                                                 |                          |                                 |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name der Kranken- und Pflegeversicherung        |                          |                                 |                                                                                                        |
| Monatsbeitrag Krankenversicherung<br>in Euro    | Monatsbeitrag<br>in Euro | Pflegeversiche-<br>rung in Euro | Familienversicherung möglich <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bestätigung der Kranken- und Pflegeversicherung |                          |                                 |                                                                                                        |

<sup>1</sup> Eine (beitragsfreie) Familienversicherung von Angehörigen des in der gesetzlichen Kranken- beziehungsweise Pflegeversicherung Versicherten (Ehegatte, Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern) ist unter den Voraussetzungen des § 10 SGB V beziehungsweise § 25 SGB XI möglich (unter anderem dann, wenn der Angehörige nicht Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist und bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden).

## 5. Bankverbindung

|                |      |     |
|----------------|------|-----|
| Kreditinstitut | IBAN | BIC |
| Kontoinhaber   |      |     |

## 6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

### Datenschutzhinweis gemäß Art. 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. 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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Anhang 5**  
(VwV zu § 57 Absatz 3 SächsBhVO)

**Erklärung zum Bezug von Beihilfe zum erhöhten Bemessungssatz**

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>Vor- und Nachname der beihilfeberechtigten Person</b> |
| <b>Az. (Org.-Nr./Personalnummer)</b>                     |
| <b>Dienststelle</b>                                      |

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

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

Sind Kinder bei verschiedenen Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, ist eine Festlegung zu treffen, wer den erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent (bei einem Kind) oder 90 Prozent (bei zwei oder mehr Kindern) für sich selbst erhält. Dies ist nicht erforderlich, wenn aufgrund anderer beihilferechtlicher Regelungen bereits eine Zuordnung erfolgt ist.

| <b>1. Folgende Kinder sind bei mir berücksichtigungsfähig:</b> |      |         |              |
|----------------------------------------------------------------|------|---------|--------------|
| Nr.                                                            | Name | Vorname | Geburtsdatum |
|                                                                |      |         |              |
|                                                                |      |         |              |
|                                                                |      |         |              |
|                                                                |      |         |              |
|                                                                |      |         |              |
|                                                                |      |         |              |

| <b>2. Andere beihilfeberechtigte Person(en), bei denen mindestens eines der oben genannten Kinder ebenfalls berücksichtigungsfähig ist:</b> |      |         |              |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|--------------|--------------------|
|                                                                                                                                             | Name | Vorname | Geburtsdatum | Nr. des/r Kindes/r |
| a)                                                                                                                                          |      |         |              |                    |
| b)                                                                                                                                          |      |         |              |                    |
| c)                                                                                                                                          |      |         |              |                    |

**3. Wir bestimmen gemeinsam, dass die folgende Person den erhöhten Bemessungssatz aufgrund des oben genannten Kindes beziehungsweise der oben genannten Kinder erhält:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Wir versichern, dass keine andere beihilfeberechtigte Person einen erhöhten Bemessungssatz für das Kind/diese Kinder erhält. Uns ist bekannt, dass diese Bestimmung nur in Ausnahmefällen (zum Beispiel Scheidung) neu getroffen werden kann.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 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/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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Beihilfeberechtigte(r)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift andere beihilfeberechtigte Person (2a)

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

\_\_\_\_\_  
gegebenenfalls Unterschrift weitere beihilfeberechtigte Person (2b)

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

\_\_\_\_\_  
gegebenenfalls Unterschrift weitere beihilfeberechtigte Person (2c)

**Anhang 6**  
(VwV zu § 62 Absatz 5)

Absender (Krankenhaus)

**Antrag auf Gewährung von Beihilfe  
und Direktabrechnung**

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

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

**1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person:**

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beihilfe-<br>Identifikationsnummer | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Name, Vorname                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Geburtsdatum                       | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |
| Anschrift                          | <input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**2. Angaben zur behandelten Person, wenn nicht Nummer 1:**

|               |                                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/>                                                                                                                                                    |
| Geburtsdatum  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

**3. Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten Person vollständig auszufüllen)**

Eine Direktabrechnung ist nicht möglich, wenn mit diesem Antrag

- erstmals eine Beihilfe beantragt oder
- eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag zu einem oder mehreren der folgenden Sachverhalte Änderungen ergeben?<br>➤ Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen,<br>➤ Familienstand (nur wenn die berücksichtigungsfähige Person behandelt wird),<br>➤ Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (auch bei Geburt),<br>➤ Krankenversicherungsschutz,<br>➤ anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird),<br>➤ Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,<br>➤ Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners, wenn diese behandelt werden. | <input type="checkbox"/> Ja<br>Es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.<br><br><input type="checkbox"/> Nein<br>Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben. |
| b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekontformen privaten Krankenversicherung) zu?<br>Beispiele: Heilfürsorge, Krankenbehandlung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch, dem Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                            |
| c) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                            |

**Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 bis 3 SGB V genannten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 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. 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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

---

Ort, Datum und Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person (Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

**Erklärungen der behandelten volljährigen Person:**

- Ich entbinde das Krankenhaus, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht und
- bin mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 bis 3 SGB V genannten Daten einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 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. 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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

---

Ort, Datum und Unterschrift der volljährigen behandelten Person

---

**4. Angaben des Krankenhauses (vom Krankenhaus auszufüllen)**

**Hinweis:** Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit der **Aufnahmeanzeige** zeitnah nach Aufnahme der zu behandelnden Person in das Krankenhaus an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Ist die Aufnahmeanzeige nicht beigelegt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende **Wahlleistungsvereinbarung** zwingend beizufügen. Die Rechnung ist der Festsetzungsstelle mit der **Entlassungsanzeige** zuzuleiten (nicht bei Zwischenrechnungen).

**Die Festsetzungsstelle verzichtet auf die vorherige Übermittlung dieses Antrages, so dass dieser erst mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und gegebenenfalls der Wahlleistungsvereinbarung zu übersenden ist.**

Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die behandelte Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der behandelten Person direkt in Rechnung zu stellen.

Aufnahmetag:

Aufnahmenummer:

Einweisungsdiagnosen:

Aufnahmediagnosen (ICD):

|                                                                                                                                     |                                                           |                                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Verweildauer: _____ Tage                                                                                                            |                                                           | (voraussichtlicher) Entlassungstag:                             |                                                           |
| <b>Aufnahmeanzeige bitte beifügen.</b>                                                                                              |                                                           |                                                                 |                                                           |
| Verlegung von einem anderen Krankenhaus                                                                                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Behandlung durch einen Belegarzt                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                                                                                                                                     |                                                           | <b>Die Vereinbarung gegebenenfalls bitte beifügen.</b>          |                                                           |
| Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden?                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?                                                                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:                                                                                   |                                                           |                                                                 |                                                           |
| <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>                                                       |                                                           |                                                                 |                                                           |
| <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px; padding-top: 10px;"> Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung </div> |                                                           |                                                                 |                                                           |

**Anhang 7**  
(VwV zu § 62 Absatz 5)

Absender (Einrichtung)

**Antrag auf Gewährung von Beihilfe  
und Direktabrechnung**

für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (einschließlich Anschlussheilbehandlung, Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme, Familienorientierte Rehabilitation, Suchtbehandlung) oder den Aufenthalt in einem Hospiz

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

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

**1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person:**

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beihilfe-<br>Identifikationsnummer | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Name, Vorname                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Geburtsdatum                       | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |
| Anschrift                          | <input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

**2. Angaben zur behandelten Person, wenn nicht Nummer 1:**

|               |                                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/>                                                                                                                                                    |
| Geburtsdatum  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

**3. Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person vollständig auszufüllen)**

Eine Direktabrechnung ist nicht möglich, wenn mit diesem Antrag

- erstmals eine Beihilfe beantragt oder
- eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag zu einem oder mehreren der folgenden Sachverhalte Änderungen ergeben? <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen,</li><li>➤ Familienstand (nur wenn die berücksichtigungsfähige Person behandelt wird),</li><li>➤ Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (auch bei Geburt),</li><li>➤ Krankenversicherungsschutz,</li><li>➤ anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird),</li><li>➤ Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,</li><li>➤ Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners, wenn diese behandelt werden.</li></ul> | <input type="checkbox"/> Ja<br>Es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.<br><br><input type="checkbox"/> Nein<br>Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben. |
| b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu?<br>Beispiele: Heilfürsorge, Krankenbehandlung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch, dem Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                                                        |
| c) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                            |

**Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige die Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde die Einrichtung, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 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. 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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

---

Ort, Datum und Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person (Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

**Erklärungen der behandelten volljährigen Person:**

- Ich entbinde **die Einrichtung, die behandelnden Ärzte, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht und**
- bin mit dem Austausch meiner persönlichen Daten, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in §§ 295, 301 und 302 SGB V genannten und bei der Behandlungsmaßnahme relevanten Daten einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 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. 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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

---

Ort, Datum und Unterschrift der volljährigen behandelten Person

---

**4. Angaben der Einrichtung (von der Einrichtung auszufüllen)**

Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit **der Aufnahmeanzeige, der Überweisung (sofern die Behandlung nicht vorher genehmigungspflichtig ist), der Entlassungsanzeige beziehungsweise dem Entlassungsbericht und der Rechnung** an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Sind die Aufnahmeanzeige und (soweit erforderlich) die Überweisung und die Entlassungsanzeige/der Entlassungsbericht nicht beigelegt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende **Wahlleistungsvereinbarung** zwingend beizufügen.

Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die behandelte Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der behandelten Person direkt in Rechnung zu stellen.

|                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Aufnahmetag:                | Aufnahmenummer:                     |
| Einweisungsdiagnosen:       |                                     |
| Aufnahmediagnosen (ICD):    |                                     |
| Verweildauer:<br>_____ Tage | (voraussichtlicher) Entlassungstag: |



**Anhang 8**  
(VwV zu § 62 Absatz 5)

Absender (Einrichtung)

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

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

**Antrag auf Gewährung von Beihilfe  
und Direktabrechnung**

für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung (nicht umfasst sind Kurzzeit- und Verhinderungspflege, auch wenn diese in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht wird!)

**1. Angaben zur beihilfeberechtigten Person:**

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beihilfe-<br>Identifikationsnummer | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Name, Vorname                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Geburtsdatum                       | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                              |
| Anschrift                          | <input type="text"/><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**2. Angaben zur pflegebedürftigen Person, wenn nicht Nummer 1:**

|               |                                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/>                                                                                                                                                    |
| Geburtsdatum  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

**3. Angabe des Pflegegrades:**

☐ 2                      ☐ 3                      ☐ 4                      ☐ 5

**4. Antragsvoraussetzungen (von der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person vollständig auszufüllen)**

Eine Direktabrechnung ist grundsätzlich nicht möglich, wenn mit diesem Antrag

- erstmals eine Beihilfe beantragt oder
- eine der folgenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wird (Bitte nachfolgende Hinweise beachten!).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag zu einem oder mehreren der folgenden Sachverhalte Änderungen ergeben?<br>➤ Wechsel des Ausbildungs-, Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisses, Beurlaubung, Eintritt in den Ruhestand, Bezug von Versorgungsbezügen,<br>➤ Familienstand (nur wenn die berücksichtigungsfähige Person behandelt wird),<br>➤ Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder (auch bei Geburt),<br>➤ Krankenversicherungsschutz,<br>➤ anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von der berücksichtigungsfähigen Person, wenn diese behandelt wird),<br>➤ Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,<br>➤ Pflegegrad beziehungsweise Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung,<br>➤ meine Einkünfte (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Absatz 4 SächsBhVO),<br>➤ Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners (relevant bei Beantragung von verbleibenden Aufwendungen nach § 55 Absatz 4 SächsBhVO und bei Beantragung von Aufwendungen für den Ehegatten/Lebenspartner). | <input type="checkbox"/> Ja<br>Es haben sich bei mindestens einem der angeführten Sachverhalte Änderungen ergeben.<br><br><input type="checkbox"/> Nein<br>Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben. |
| b) Stehen der behandelten Person andere Krankenfürsorgeleistungen (mit Ausnahme der beihilfekonformen privaten Krankenversicherung) zu?<br>Beispiele: Heilfürsorge, Krankenbehandlung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch, dem Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                            |
| c) Erfolgt die Behandlung anlässlich eines Unfalls?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                   |                                    |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Wenn eine Frage mit „Ja“ beantwortet wurde (Bitte nachfolgende Hinweise beachten!):               |                                    |                                                      |
| Langantrag                                                                                        | <input type="checkbox"/> liegt bei | <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet |
| Kurzantrag                                                                                        | <input type="checkbox"/> liegt bei | <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet |
| Anlage „Pflege“                                                                                   | <input type="checkbox"/> liegt bei | <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet |
| Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner | <input type="checkbox"/> liegt bei | <input type="checkbox"/> wird unmittelbar zugeleitet |

  

**Hinweise:**

Bei Veränderungen der vorgenannten Sachverhalte sind der Festsetzungsstelle das ausgefüllte Antragsformular (Langantrag, Anlage 8 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) sowie die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) zu übersenden. Haben sich nur die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners geändert, ist auch die Vorlage des Kurzantrages (Anlage 9 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) und des ausgefüllten Formblattes „Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder Lebenspartner“ (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) ausreichend.

Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle mit Beginn eines Kalenderjahres oder bei erstmaliger Antragstellung das ausgefüllte Antragsformular (Lang- oder Kurzantrag) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 EStG für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2 der VwV-SächsBhVO) vorzulegen.

Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag lediglich Änderungen im Hinblick auf den Pflegegrad beziehungsweise auf den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung ergeben, ist es ausreichend, wenn der Festsetzungsstelle nur die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) zugeleitet wird.

Wird Beihilfe nach § 55 Absatz 4 SächsBhVO wegen Überschreitung der Höchstbeträge nach § 55 Absatz 1 SächsBhVO sowie für Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten beantragt, ist in jedem Kalenderjahr bei erstmaliger Antragstellung die Anlage „Pflege“ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1 SächsBhVO) vorzulegen.

Es steht dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über die Pflegeeinrichtung gemeinsam mit diesem Antrag oder unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet.

**Erklärungen der beihilfeberechtigten Person:**

- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.
- Ich ermächtige die Einrichtung, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen und die Beihilfe unmittelbar an die Einrichtung oder den Rechnungssteller zu zahlen.
- Ich entbinde die Einrichtung, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Mit dem Austausch meiner persönlichen Daten und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 104 Absatz 1 SGB XI genannten Daten bin ich einverstanden.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit der Einrichtung oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bin ich selbst verantwortlich.

**Datenschutzhinweis gemäß Art. 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. 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](mailto:Datenschutz@lsf.smf.sachsen.de).

  
  


---

Ort, Datum und Unterschrift der beihilfeberechtigten Person oder der bevollmächtigten Person (Die Vollmacht muss der Festsetzungsstelle vorliegen.)

---

**5. Angaben der Einrichtung (von der Einrichtung auszufüllen)**

Sie werden gebeten, diesen Antrag zusammen mit der Rechnung an die zuständige Festsetzungsstelle zu übersenden. Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die pflegebedürftige Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der pflegebedürftigen Person direkt in Rechnung zu stellen.

|                                                                   |     |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Pflegezeitraum                                                    | von | bis |
| Unterbrechung wegen (soweit bereits bekannt)                      |     |     |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt                    | von | bis |
| <input type="checkbox"/> Stat. Rehabilitationsmaßnahme            | von | bis |
| <input type="checkbox"/>                                          | von | bis |
| Zu erwartende monatliche Kosten in Euro:                          |     |     |
| davon pflegebedingte Aufwendungen                                 |     |     |
| davon Unterkunft/Verpflegung                                      |     |     |
| davon Investitionskosten                                          |     |     |
| davon Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 SGB XI          |     |     |
| davon sonstige Aufwendungen (zum Beispiel Platzfreihaltegebühren) |     |     |

**Hinweise:**

Wenn Rechnungen für den laufenden Monat eingereicht werden und etwaige Unterbrechungszeiten noch nicht bekannt sind und daher bei der Erstellung der Rechnung noch nicht berücksichtigt werden können, erfolgt die Beihilfegewährung unter dem Vorbehalt des Widerrufs, dass durch den Leistungserbringer oder Rechnungssteller spätestens jeweils mit der Rechnung für den übernächsten Monat etwaige Unterbrechungszeiten und sich daraus ergebende Überzahlungen mitzuteilen sind.

Liegen keine etwaigen Unterbrechungszeiten vor, ist dies formlos (zum Beispiel auf der Folgerechnung) zu vermerken. Kommt der Leistungserbringer oder Rechnungssteller dieser Verpflichtung nicht nach, wird die Direktabrechnung ab dem darauffolgenden Monat bis zur Erfüllung der Verpflichtung nicht mehr durchgeführt. Überzahlungen aufgrund von Unterbrechungszeiten können mit folgenden Beihilfezahlungen verrechnet werden.

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:

---

Datum, Unterschrift, Stempel der Einrichtung