Bundesnetzagentur

Bundesnetzagentur

Bitte SSC wählen …

Antrag auf Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Härtefallregelung)

für das laufende Kalenderjahr 2015

1 Angaben zum Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Vor- und Nachname	
Wohnungsanschrift	
Behörde/ Pensionsregelungsbehörde	Dienststelle

Verheiratet ☐ Ja ☐ Nein

2 Antrag für

☐ die/den Beihilfeberechtigte(n) und / oder

☐ die/den berücksichtigungsfähigen Angehörigen

wegen

☐ Überschreiten der Belastungsgrenze von 2 % im laufenden Kalenderjahr

☐ Überschreiten der Belastungsgrenze von 1 % wegen chronischer Dauererkrankung für das laufende Kalenderjahr
(Ärztlicher Nachweis über Dauerbehandlung liegt bei beziehungsweise wurde bereits vorgelegt)

Hinweis:

Die Anlagen 1 und 2 sind Bestandteile des Antrags und müssen entsprechend vom Arzt/ von der Ärztin beziehungsweise vom Heilpraktiker/von der Heilpraktikerin ausgefüllt werden.

3 Erklärung über die Höhe des Einkommens des Vorkalenderjahres

Die Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres errechnet sich aus dem Einkommen des Vorjahres.
Ich/Wir verfügte(n) im Vorkalenderjahr über folgende Einkünfte und haben die entsprechenden Bescheinigungen beigefügt.

3.1 Beihilfeberechtigte/r

Einkommensart: Bitte auswählen...

☐ Bezüge: Bitte auswählen... Sonderbezüge bitte angeben: €
(wird vom Einkommen abgezogen, daher bitte unbedingt angeben

☐ Rente aus Bitte auswählen...
und
Bitte auswählen...

3.2 Ehegatte/Lebenspartner

☐ gesetzlich versichert beziehungsweise selbst beihilfeberechtigt, dann entfällt die Angabe der Einkommensart

☐ Rente aus Bitte auswählen...
und
Bitte auswählen...
und davon der Besteuerung unterliegend Euro

Einkommensbescheinigungen (wie zum Beispiel Bezügemitteilung Dezember des Vorjahres, Rentenbescheide) sind beizufügen.

4 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Kindern

Nach § 50 Absatz 1 Satz 4 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vermindert sich das Einkommen für jedes berücksichtigungsfähige Kind im Sinne des § 4 Absatz 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 des Einkommenssteuergesetzes 1) ergibt. Sind beide Elternteile selbst beihilfeberechtigt, so erfolgt die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 des Einkommenssteuergesetzes 1) ergebenden Betrag bei der oder dem Beihilfeberechtigten, die oder der den Familienzuschlag bezieht.

Name des Kindes Geburtsdatum
Verhältnis zum Mitglied Bitte auswählen...
Ehegatten/ Lebenspartner Bitte auswählen...

Weitere Eingaben sind auf der nächsten Seite möglich.

Name des Kindes Geburtsdatum
Verhältnis zum Mitglied Bitte auswählen...
Ehegatten/ Lebenspartner Bitte auswählen...

Name des Kindes Geburtsdatum
Verhältnis zum Mitglied Bitte auswählen...
Ehegatten/ Lebenspartner Bitte auswählen...

Name des Kindes Geburtsdatum
Verhältnis zum Mitglied Bitte auswählen...
Ehegatten/ Lebenspartner Bitte auswählen...

Erklärung beider Ehegatten, wenn ein doppelter Kinderfreibetrag vom Einkommen berücksichtigt werden soll.

☐ wir werden steuerlich zusammen veranlagt

☐ wir werden steuerlich nicht zusammen veranlagt

Ich beantrage die Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel ab Erreichen der Belastungsgrenze nach der Härtefallregelung.

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Anlagen

Ort, Datum Unterschrift

Anlage 1 zum Antrag auf Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Härtefallregelung)

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung

Name, Vorname
geboren am ist seit dem wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung.
Diagnose:

Eine chronische Erkrankung im Sinne der Beihilfevorschriften in Verbindung mit § 62 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) liegt vor, wenn die Betreffende / der Betreffende sich wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (Nachweis durch mindestens einen Arztbesuch je Quartal über den Zeitraum eines Jahres)

---

und
eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III nach dem zweiten Kapitel des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorliegt

---

oder
ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach den Maßstäben des § 30 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Absatz 2 des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII) vorliegt, wobei der GdB beziehungsweise MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss

---

oder
eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung
• eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung oder
• eine Verminderung der Lebenserwartung oder
• eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität
zu erwarten ist, wenn die nachgewiesene chronische Krankheit die Gesundheitsstörung verursacht hat

---

Die genannten Bedingungen treffen im vorliegenden Fall
☐ zu
☐ nicht zu

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/ der Ärztin
beziehungsweise des Heilpraktikers/ der Heilpraktikerin

Anlage 2 zum Antrag auf Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Härtefallregelung)

Ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin

Die Verordnung erfolgt für:
Name, Vorname
geboren am

Hiermit bestätige ich, dass es zu folgendem/n **nicht verschreibungspflichtigem/n Medikament/en** im Sinne der Härtefallregelung **keine oder nur eine dem Patienten unverträgliche verschreibungspflichtige Alternativmedikation** gibt.

- Bitte gut lesbar ausfüllen –

Folgende(s) nicht verschreibungspflichtige(s) Arzneimittel habe ich dem Patienten verordnet:

Medikament 1
Bezeichnung des Arzneimittels:

Verschreibungspflichtige Alternativmedikation:

Zur Behandlung bei/von (Diagnose):

Medikament 2
Bezeichnung des Arzneimittels:

Verschreibungspflichtige Alternativmedikation:

Zur Behandlung bei/von (Diagnose):

Medikament 3
Bezeichnung des Arzneimittels:

Verschreibungspflichtige Alternativmedikation:

Zur Behandlung bei/von (Diagnose):

Ausstellungsdatum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin
beziehungsweise des Heilpraktikers/der Heilpraktikerin