

An das  
**BA-Service-Haus**  
**Beihilfe**  
**90327 Nürnberg**

**Antrag auf Befreiung von Eigenbehalten gem. § 50 Absatz 1 Bundesbeihilfeverordnung  
für das Kalenderjahr**

**1. Angaben zur/zum Antragsteller/in**

Name, Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers	Geburtsdatum
Personal-/Versorgungsnummer	Besoldungsgruppe

Ich beantrage die Befreiung vom Abzug der Eigenbehalte, soweit die Belastungsgrenze überschritten ist. Außerdem beantrage ich, ärztlich oder zahnärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nr. 3 BBhV, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, besoldungsabhängig als beihilfefähig anzuerkennen.

**2. Angaben zum Familienstand**

ledig verheiratet      Eingetragene Lebenspartnerschaft seit:	
Name, Vorname der/des Ehegattin/Ehegatten, Eingetragenen. Lebenspartners/in:	Geburtsdatum

Mein/e Ehegattin/Ehegatte, Eingetragene/r Lebenspartner/in  
 hat ein eigenes Einkommen.  
 ist Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung.  
 ist selbst beihilfeberechtigt.

**3. Angaben und Nachweise zum Einkommen**

Ich und/oder mein/e Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartner/in beziehen folgendes Einkommen:  
 (Ablichtungen der Nachweise sind beigefügt; Wichtig: Kopie Steuerbescheid Vorjahr)

Art	Beihilfeberechtigte/r	Ehegattin/Ehegatte/ Lebenspartner/in
Dienst-/Versorgungsbezüge (Nachweis: Bezügebescheinigung aus Dezember des Vorjahres)		
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Nachweis: Renten- oder Anpassungsbescheid des Vorjahres)		
Rente aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung (Nachweis: Renten- oder Anpassungsbescheid des Vorjahres)		
Erwerbseinkommen Ehegattin/Ehegatte/Lebenspartner/in (Nachweis: Einkommensteuerbescheid des Vorjahres)		
Sonstiges Einkommen (Nachweis ist beigefügt)		

#### 4. Angaben zu Kindern

Ich beziehe für folgende/s Kind/er den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz:

Nicht zutreffend

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig
		von                      bis
		von                      bis
		von                      bis

#### 5. Belastungsgrenze / Chronische Erkrankungen

Ich beantrage die Reduzierung der Belastungsgrenze von 2 v. H. auf 1 v. H. wegen einer chronischen Erkrankung folgender Person(en):

Name, Vorname	Geburtsdatum

Eine Krankheit im Sinne des § 50 BBhV i.V.m. § 62 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) und Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit entsprechend Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor.

Es liegt ein Behinderungsgrad von mindestens 60 Prozent oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. Sowohl der Behinderungsgrad als auch die Minderung der Erwerbsfähigkeit müssen nach den Maßstäben des Bundesversorgungsgesetz (BVG, § 30 Abs. 1) oder des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII, § 56 Abs. 2) festgestellt sein.

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch eine chronische behandlungsdürftige Krankheit zu erwarten ist.

#### 6. Nachweis

Die Reduzierung der Belastungsgrenze von 2 v. H. auf 1 v. H. wegen einer chronischen Erkrankung (Frage 5) kann nur geprüft werden sofern die Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung vorliegt.

Bitte beachten Sie, dass nur die Kosten berücksichtigt werden können, die der Beihilfestelle mit Antrag auf Beihilfe vorgelegt wurden. Dies gilt insbesondere für ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Die erforderlichen Belege sind beigelegt.**

Ort, Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten
------------	---

## Nachweis einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. Chroniker-Richtlinie (Feststellung der Belastungsgrenze nach § 50 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV))

### 1. Beihilfeberechtigte Person

Name, Vorname	Personal-/Versorgungsnummer
---------------	-----------------------------

### 2. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Ist wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung seit	
Diagnose(n)	

### 3. Ärztliche Bescheinigung

Eine chronische Erkrankung i.S.d. BBhV i.V.m. § 62 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) liegt vor, wenn die/der Patient/in sich wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (**Nachweis durch mindestens einen Arztbesuch je Quartal über den Zeitraum eines Jahres) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:**

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit entsprechend Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor.

Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB nach den Maßstäben des § 152 in Verbindung mit § 153 Absatz 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), der GdS nach den Maßstäben des § 30 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) in Verbindung mit der Versorgungsmedizin-Verordnung und die MdE nach den Maßstäben des § 56 Absatz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein müssen.

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch eine chronische behandlungsdürftige Krankheit zu erwarten ist.

**Zusätzliche Angaben erforderlich bei Frauen, die nach dem 01.04.1987 und Männern, die nach dem 01.04.1962 geboren wurden. (Ausgenommen von der Pflicht sind Personen mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen.):**

Eine Beratung über Chancen und Risiken zur Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie-Screening), Darmkrebs oder Gebärmutterhalskrebs ist erfolgt.

Eine Beratung ist nicht erfolgt, denn es liegt eine schwerwiegende Erkrankung vor. Eine Untersuchung kann aus diesem Grund nicht zugemutet werden oder die Person leidet bereits an der zu untersuchenden Erkrankung.

---

Ort, Datum und Unterschrift der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes und Praxisstempel