



Bundesverwaltungsamt
Dienstleistungszentrum



Ausfüllanleitung **Beihilfe-Formulare**

Version 5.0

01. Januar 2026

Der zentrale Dienstleister des Bundes

bundesverwaltungsamt.de

Inhaltsverzeichnis

1. Übersicht über Beihilfeantragsformulare und Anlagen	3
2. Beihilfeantrag	3
3. Adressierung und Zuständigkeitsverteilung	4
4. Antragsfrist	4
5. So werden die Formulare ausgefüllt	5
6. Besonderheiten beim Ausfüllen am PC	5
7. Ergänzende Erläuterungen zu den Formularen	5
7.1 Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt	6
7.2 Beihilfeberechtigte Person	9
7.3 Ehepartner/in / Lebenspartner/in	15
7.4 Kind	20
7.5 Anlage „Körperverletzung“	23
7.6 Anlage „Ausland“	26
7.7 Anlage „Lokal beschäftigte Person“	31
7.8 Vollmacht	35
7.9 Antrag auf Abschlagszahlung	39
7.10 Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen	39

1. Übersicht über Beihilfeantragsformulare und Anlagen

Die nachfolgenden Formulare stehen online unter www.beihilfe.bund.de zur Verfügung:

- » *Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt*
- » *Beihilfeberechtigte Person*
- » *Ehepartner/in / Lebenspartner/in*
- » *Kind*
- » *Anlage „Körperverletzung“*
- » *Anlage „Ausland“*
- » *Anlage „Lokal beschäftigte Person“*
- » *Vollmacht*
- » *Antrag auf Abschlagszahlung (§ 51 Absatz 9 BBhV)*
- » *Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen (§ 51 Abs 9 BBhV)*

Mit dieser Ausfüllanleitung wird erläutert, wie der „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ nebst den dazugehörigen Anlagen sowie den Formularen zu den persönlichen Verhältnissen handschriftlich oder am PC richtig ausgefüllt werden.

Krankheitsbedingte Aufwendungen werden ausschließlich mit dem „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ geltend gemacht. Leistungen der Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind nur mit dem „Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit“ (und ggf. der Anlage „Verhinderungspflege“) zu beantragen.

Alternativ kann die App „Beihilfe Bund“ zur papierlosen Antragstellung verwendet werden.

Weitere Informationen zur Beihilfe-App finden Sie im Internetportal des BVA unter:

<http://www.beihilfe.bund.de> → Beihilfe-App

2. Beihilfeantrag

Zum Beihilfeantrag gehören der einseitige „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ sowie bei Bedarf die Anlagen

- » „Körperverletzung“ und
- » „Ausland“.

Bei der Beantragung von Beihilfe ist lediglich folgendes Formular vorzulegen:

- » „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“

Bei **erstmaliger Antragstellung** beim BVA ist zur Aufnahme der persönlichen Grunddaten das vollständig ausgefüllte Formular

- » „Beihilfeberechtigte Person“

auszufüllen sowie für vorhandene Familienangehörige die Formulare

- » „Ehepartner/in / Lebenspartner/in“ und „Kind“.

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, wie z. B. Anschrift oder Bankverbindung, werden anlassbezogen mit den Formularen

» „Beihilfeberechtigte Person“, „Ehepartner/in / Lebenspartner/in“, „Kind“ sowie Vollmacht mitgeteilt.

Ob und ggf. welche Formulare vorzulegen sind, ergibt sich aus der folgenden Übersicht.

Formulare	Erstmalige Antragstellung beim BVA	Folgeanträge	
	vollständige Angaben erforderlich	vollständige Angaben erforderlich	Änderungsmitteilungen
Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt	ja	ja	--
Beihilfeberechtigte Person	ja	nein	ja
Ehepartner/in / Lebenspartner/in	ja (sofern verheiratet bzw. in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft)	nein	ja
Kind	ja (für jedes berücksichtigungsfähige Kind)	nein	ja
Anlage „Ausland“	Die Anlage ist dem Beihilfeantrag beizufügen, wenn ausländische Rechnungsbelege eingereicht werden. Die Zusammenstellung der Belege auf der zweiten Seite ist hierbei immer vollständig auszufüllen. Zusätzlich dient die Anlage in Kombination mit dem Formular „Beihilfeberechtigte Person“ zur Mitteilung von ausländischen Adressen.		
Anlage „Lokal beschäftigte Person“	Die Anlage ist vollständig auszufüllen und den Anträgen von lokal beschäftigten Personen zusätzlich zur Anlage „Ausland“ beizufügen.		
Vollmacht	ja (sofern Bevollmächtigung gewünscht)	nein	ja
Anlage „Körperverletzung“	Die Anlage ist bei einer neuen und bislang nicht angezeigten Körperverletzung vollständig auszufüllen. Aufwendungen aufgrund einer Körperverletzung sind in der Anlage „Körperverletzung“ immer gesondert anzugeben.		

Tabelle 1: Formularübersicht

3. Adressierung und Zuständigkeitsverteilung

Eine vollständige Übersicht der jeweils zu verwendenden Postanschrift sowie die Zuständigkeitsverteilung auf die Bearbeitungsstandorte finden Sie unter:

www.beihilfe.bund.de → Ihre Beihilfestellen

Die Adressen unserer Bearbeitungsstandorte sind in den online Antragsformularen bereits hinterlegt. Sie können Ihre zuständige Beihilfestelle über das Dropdown-Feld über dem Adressfeld auswählen.

4. Antragsfrist

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie **innerhalb von drei Jahren nach Rechnungsdatum** beantragt wird.

5. So werden die Formulare ausgefüllt

Sie können zur Beschleunigung der Beihilfebearbeitung beitragen, indem Sie **immer nur die aktuellen Formulare** verwenden, diese **direkt am PC ausfüllen** und anschließend ausdrucken.

Selbstverständlich sind weiterhin auch **handschriftliche Angaben** möglich. Um unnötigen Nachbearbeitungsaufwand zu vermeiden, füllen Sie bitte alle Formulare deutlich lesbar und **ausschließlich in Druckbuchstaben** aus.

Tragen Sie bitte Ihre Angaben nur in die dafür vorgegebenen Kästchen ein. Reichen diese nicht aus, kürzen Sie bitte die Angaben in geeigneter Weise ab (Ausnahme: die Unfallschilderung in der Anlage „Körperverletzung“).

In den Datumsfeldern verwenden Sie bitte das Datumsformat: TT.MM.JJJJ (Bsp.: 01.01.2026).

Zusätzlich zu Ihren persönlichen Daten tragen Sie bitte immer Ihre **Beihilfenummer** ein, da Ihr Antrag sonst nicht zugeordnet werden kann. Diese sehen Sie aus Ihrem letzten Beihilfebescheid.

Bei aktiven und ehemaligen Angehörigen der Bundeswehr ist die Beihilfenummer die Personenkennziffer (PK).

Vergessen Sie bitte nicht, die Formulare zu **unterschreiben**, da diese sonst nicht bearbeitet werden können.

Eine Übersendung mittels einfacher E-Mail ist nicht zulässig. Ein Beihilfeantrag muss schriftlich oder elektronisch gestellt werden. Die Schriftform ist nur durch eine eigenhändige Unterschrift erfüllt. Eine abfotografierte Unterschrift per E-Mail reicht dabei nicht aus. Zur elektronischen Antragstellung steht Ihnen die Beihilfe-App zur Verfügung.

Die Rechnungsbelege fügen Sie einfach als Kopie dem Beihilfeantrag bei. Bitte denken Sie daran, dass Belege nicht zurückgesandt werden.

6. Besonderheiten beim Ausfüllen am PC

Der Beihilfeantrag und die Anlagen sind im Internetportal des BVA für Sie bereitgestellt.

Alle Formulare finden Sie unter www.beihilfe.bund.de → **Ihre Anträge**

Die Formulare stehen Ihnen im Format **FFW** (FormsForWeb) zur Verfügung. Die am häufigsten gestellten Fragen hierzu finden Sie auf der gleichen Seite wie die Ausfüllanleitung unter „**Besonderheiten beim Drucken und Speichern**“.

7. Ergänzende Erläuterungen zu den Formularen

Auf folgenden Seiten finden Sie ausführliche Erläuterungen mit den Ausfüllbeispielen zu den Beihilfeformularen.

Der Beihilfeantrag (FFW 041000) ist bei schriftlicher Beantragung vollständig auszufüllen. Bei Nutzung der Beihilfe-App wird der ausgefüllte Beihilfeantrag nicht benötigt.

Abb. 1: Beispiel Beihilfeantrag

Empfängeranschrift

[Zeile 1]

Die für Sie zutreffende Empfängeradresse finden Sie auf unserer Internetseite unter:
www.beihilfe.bund.de → Ihre Beihilfestellen

Wenn Sie die Formulare am PC ausfüllen, können Sie die Anschrift mittels Dropdown-Feld (über dem Adressfeld) auswählen oder selbst im Adressfeld eintragen.

Abb. 2: Empfängeranschrift

1. Beihilfeberechtigte Person

[Zeilen 2 bis 5]

Bitte tragen Sie immer Ihre Beihilfenummer, Ihren Namen und Vornamen ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

Bei aktiven und ehemaligen Angehörigen der Bundeswehr ist die Beihilfenummer die Personenkennziffer (PK).

Die Nummer kann aus Zahlen als auch aus Buchstaben bestehen. Diese finden Sie in **Ihrem Beihilfebescheid** ab Seite 2 in der Kopfzeile (oben links) als Beihilfenummer bzw. Personalnummer.

Abb. 3: Ausschnitt aus dem alten Beihilfebescheid

Abb. 4: Ausschnitt aus dem neuen Bescheid

2. Die Summe der Aufwendungen

[Zeile 6]

Bitte kreuzen Sie an, ob die Summe der Aufwendungen, die mit diesem Beihilfeantrag geltend gemacht werden, über oder unter 2.500 Euro liegt.

3. Werden Aufwendungen geltend gemacht, die im Zusammenhang mit einer Körperverletzung (z. B. Verkehrsunfall) stehen und bestehen ggf. Schadenersatzansprüche?

[Zeile 7]

Bitte kreuzen Sie an, wenn mindestens eine mit diesem Beihilfeantrag geltend gemachte Aufwendung im Zusammenhang mit einer Körperverletzung steht. Füllen Sie zusätzlich die Anlage „Körperverletzung“ aus und reichen diese mit ein.

Erklärung

[Zeile 8]

Mit der für die Gültigkeit dieses Antrages **zwingend notwendigen Unterschrift** bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

[Zeile 9]

Bevollmächtigt werden können nur natürliche Personen. Bitte legen Sie dazu zusätzlich die Vollmacht mit vor.

Bei gesetzlicher Betreuung muss die Vollmacht nicht ausgefüllt werden.

Bei erstmaliger Antragstellung durch die Betreuerin / den Betreuer sowie bei Änderung des Aufgabenkreises ist eine Kopie der Bestallungsurkunde beizufügen.

7.2 Beihilfeberechtigte Person

Das Formular „Beihilfeberechtigte Person“ (FFW 041002) ist bei erstmaliger Antragstellung beim BVA sowie bei Änderung(en) der persönlichen Verhältnisse auszufüllen. Das ausgefüllte Formular kann auch über die Beihilfe-App übermittelt werden.

1	<h3 style="margin: 0;">Beihilfeberechtigte Person</h3> <p style="margin: 0; font-size: small;">Bitte immer bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen ausfüllen.</p>	<input type="checkbox"/> Erstantrag <input checked="" type="checkbox"/> Änderungen
2	1. Beihilfeberechtigte Person Beihilfenummer	
3	Name	1 2 3 4 5 6 7 8 9
4	M u s t e r b e i s p i e l	Geschlecht
5	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich
6	M a x	<input checked="" type="checkbox"/> männlich
7	Namenszusatz	<input type="checkbox"/> divers
8	Geburtsdatum	Akademischer Grad
9	0 1 . 0 2 . 1 9 7 6	
10	2. Änderung der persönlichen Daten keine Änderung <input checked="" type="checkbox"/>	
11	gültig ab	
12	Geänderter Name	Geschlecht
13	Geänderter Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich
14	Namenszusatz	<input type="checkbox"/> männlich
15	Akademischer Grad	<input type="checkbox"/> divers
16	Todesdatum	
17	3. Inländische Postanschrift keine Änderung <input type="checkbox"/>	
18	Eine private ausländische Postanschrift bitte mit der Anlage „Ausland“ angeben.	
19	gültig ab	
20	0 1 . 0 4 . 2 0 2 3	
21	c/o (Zusatzfeld für Vorname, Name oder Einrichtung, z. B. Pflegeheim)	
22	Straße	Hausnummer
23	N e u e S t r a ß e	3 2 1
24	Ort	PLZ
25	N e u e S t a d t	5 7 3 1 9
26	4. Auszahlung der Beihilfe keine Änderung <input checked="" type="checkbox"/>	
27	gültig ab	
28	IBAN	
29	Finanzinstitut	BIC/SWIFT
30	Inhaber/in des Kontos (falls abweichend von der beihilfeberechtigten Person)	

Abb. 5: Beispiel für beihilfeberechtigte Person, Seite 1

Geben Sie bei den Angaben immer die zugrunde liegenden Verhältnisse zum Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen an (insbesondere bei den Punkten 6, 7, 8 und 9).

Erstantrag oder Änderungen

[Zeile 1]

Wählen Sie „Erstantrag“ aus, wenn Sie erstmalig Beihilfe beim BVA beantragen, ansonsten kreuzen Sie „Änderungen“ an.

Keine Änderung

[Zeilen 8, 15, 20, 25, 34, 41, 44, 51, 57]

Sofern sich bei einem der Punkte 1 bis 10 keine Änderungen ergeben haben, kreuzen Sie im jeweiligen Punkt bitte das Feld „keine Änderung“ an.

1. Beihilfeberechtigte Person

[Zeile 2]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Beihilfenummer** sowie Ihren Namen und Vornamen ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

[Zeilen 4]

Mit der Angabe des **Geschlechts** wird die Anrede im Beihilfebescheid gesteuert. Menschen, die sich weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuordnen, kreuzen „divers“ an oder können die Angabe offen lassen.

2. Änderung der persönlichen Daten

[Zeilen 8 bis 14]

Hier können Sie einen geänderten Vor- und/oder Nachnamen mit Gültigkeitsbeginn angeben, z. B. aufgrund einer Eheschließung.

3. Inländische Postanschrift

[Zeilen 15 bis 19]

Bitte geben Sie hier Ihre inländische Postanschrift an.

Falls Sie im **Ausland** wohnhaft sind, geben Sie die ausländische Postanschrift über die Anlage „Ausland“ bekannt.

4. Auszahlung der Beihilfe

[Zeilen 20 bis 24]

Eine Beihilfegewährung erfolgt im Inland ausschließlich unbar.

Beihilfegewährung mit IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) sind innerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraums (Single Euro Payments Area, SEPA) möglich. Dazu gehören alle Länder der EU, des EWR sowie die Schweiz.

Sie finden diese Codes auf Ihrem Kontoauszug, eventuell bereits auch auf Ihrer Bankomatkarte.

Die BIC (SWIFT) Angabe ist nur notwendig, sofern Sie die Erstattung auf ein Konto eines ausländischen Geldinstituts wünschen.

Reichen die Kästchen für die Angabe Ihres Finanzinstitutes nicht aus, kürzen Sie die Angaben bitte in geeigneter Weise ab.

Hat sich Ihre **Bankverbindung geändert**, **teilen** Sie dies Ihrer Beihilfestelle bitte **umgehend mit**.

5. Kontaktdaten

[Zeilen 25 bis 33]

Die Angaben der privaten Kontaktdaten sind freiwillig, können aber ggf. bei Rückfragen hilfreich sein.

[Zeile 27]

Aktive Bedienstete geben bitte die Beschäftigungsdienststelle und unbedingt auch den Dienort an.

[Zeilen 29 bis 30 und 32 bis 33]

Zuerst tragen Sie den Teil Ihrer Mailadresse, der vor dem @ Zeichen steht, in **Zeile 29 (32)** ein. In **Zeile 30 (33)** notieren Sie den Teil Ihrer Mailadresse nach dem @ Zeichen.

6. Angaben zur Beschäftigungsart

[Zeilen 34 bis 40]

Zur Beschäftigungsart „Beamtin, Beamter“ zählen: aktive verbeamtete Personen, insichbeurlaubte verbeamtete Personen (gilt nur für Telekom), beurlaubte verbeamtete Personen und verbeamtete Personen im Vorruhestand.

Aktive Bundeswehrangehörige und versorgungsberechtigte Personen der Bundeswehr tragen zusätzlich die Stelle ein, von der die Dienstbezüge oder Versorgungsbezüge gezahlt werden.

Änderungen kennzeichnen Sie bitte im Feld „gültig ab“ und ggf. „gültig bis“.

[Zeile 40]

Fügen Sie eine Personalverfügung bei, falls einer der Punkte in **Zeile 40** vorliegt.

7. Angaben zum Beschäftigungsumfang

[Zeilen 41 bis 43]

Die Angaben zum Beschäftigungsumfang sind relevant bei Tarifbeschäftigten und Beschäftigten, die sich in einem Altersteilzeitmodell befinden.

25	5. Kontaktdaten	keine Änderung <input type="checkbox"/>
	gültig ab	
26	0 1 . 1 2 . 2 0 2 3	
27	Beschäftigungsdienststelle und Ort (Kurzform z. B.: BVA Köln)	
28	Telefon (dienstlich)	
29	Mailadresse (dienstlich)	
30	@	
31	Telefon (privat; freiwillige Angabe)	
32	Mailadresse (privat; freiwillige Angabe)	
33	M a x _ M u s t e r b e i s p i e l @ e m a i l a n b i e t e r . d e	
34	6. Angaben zur Beschäftigungsart	keine Änderung <input type="checkbox"/>
	gültig ab	
35	1 5 . 0 9 . 2 0 2 3	
	gültig bis	
36	1 4 . 0 2 . 2 0 2 4	
37	<input type="checkbox"/> Beamtin, Beamter <input type="checkbox"/> Bundesminister/in, parl. Staatssekretär/in, Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> Richter, Richterin <input checked="" type="checkbox"/> in Elternzeit <input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r <input type="checkbox"/> Beamter/in im Vorbereitungsdienst <input type="checkbox"/> Berufssoldat/in, Soldat/in auf Zeit <input type="checkbox"/> Witwe/r <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in <input type="checkbox"/> Empfänger/in von Übergangsgebühren <input type="checkbox"/> Lokal Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> Waise	
38	Gebühmizahlende Stelle (nur für aktive und ehemalige Bundeswehrangehörige)	
39	Beurlaubung (Bitte Personalverfügung in Kopie beifügen.)	
40	<input type="checkbox"/> Beurlaubung mit Bezüge <input checked="" type="checkbox"/> familienbedingte Beurlaubung <input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Dienstbezüge	
41	7. Angaben zum Beschäftigungsumfang (nur bei Tarifbeschäftigten)	keine Änderung <input checked="" type="checkbox"/>
	gültig ab	
42		
43	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit für <input type="text"/> Stunden/Woche <input type="text"/> Regelarbeitszeit/Woche	
44	8. Krankenversicherungsschutz ¹⁾	keine Änderung <input type="checkbox"/>
	gültig ab	
45		
46	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert <input type="checkbox"/> Krankenversicherung im Ausland <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge	
47	Besteht eine Zusatzversicherung? (z. B. Zahnzusatzversicherung) ²⁾	
48	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.	
	Haben Sie Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (z. B. aufgrund einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung) oder aus der Gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. aufgrund eines Arbeitsunfalls)? ³⁾	
49	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen (z. B. Bescheid BAPersBw).	
50	Werden durch die Krankenversicherung Leistungen individuell ausgeschlossen?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.	

Abb. 5: Beispiel für Beihilfeberechtigte Person, Seite 2

8. Krankenversicherungsschutz

[Zeilen 44 bis 50]

Bei privater Krankenversicherung (auch im Basistarif) ist als Nachweis bei erstmaliger Antragstellung

sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen. Sofern in privaten Versicherungsscheinen Abkürzungen verwendet werden, aus denen Art und Umfang der Versicherung nicht eindeutig erkennbar ist, fügen Sie bitte die Versicherungsbedingungen bei.

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen (pflichtversichert oder freiwillig versichert) gehören z. B. Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Ersatzkassen und die Knappschaft.

Ein Anspruch auf freie Heilfürsorge kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht bestehen.

Unter eine Zusatzversicherung fallen: Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-)Versicherungen (AR), o. ä. Das Bestehen einer Auslands- (Reise-) Versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhausstagegeld- und Pflegezusatz-versicherungen.

Änderungen im Krankenversicherungsschutz, die sich in dem Zeitraum ergeben haben, für den Sie Aufwendungen geltend machen, kennzeichnen Sie bitte im Feld „gültig ab“.

[Zeile 49]

Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder der Gesetzlichen Unfallversicherung sind bei der Beihilfe anzurechnen. Eine Kopie des Bewilligungsbescheids oder der Leistungsmitteilung ist jeweils mit dem Beihilfeantrag vorzulegen.

[Zeile 50]

Dabei handelt es sich um Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Der Nachweis des Ausschlusses von Versicherungsleistungen ist zwingend erforderlich.

9. Besteht für Sie eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

[Zeilen 51 bis 56]

Bei einer anderweitigen Beihilfeberechtigung geben Sie bitte an, gegenüber wem diese besteht, Sie diese als Beamtin/Beamter, als Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger oder aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung in Anspruch genommen haben und den dazugehörigen zeitlichen Gültigkeitsbereich.

10. Zusendung von Antragsformularen

[Zeilen 57 bis 62]

Hier können Sie auswählen, ob Sie dauerhaft zu jedem Beihilfebescheid einen Beihilfeantrag und/oder einen Pflegeantrag zugesandt bekommen möchten.

Falls Sie die dauerhafte Zusendung von Antragsformularen wieder abbestellen möchten, kreuzen Sie bitte das Feld in **Zeile 62** an.

51	9. Besteht für Sie eine anderweitige Beihilfeberechtigung?	keine Änderung <input checked="" type="checkbox"/>
52	gültig ab <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div>	
53	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gegenüber wem <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div>	
54	<input type="checkbox"/> als Beamtin/Beamter	
55	<input type="checkbox"/> als Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger	
56	<input type="checkbox"/> aufgrund vertraglicher Vereinbarung (z. B. Dienstvertrag)	
57	10. Zusendung von Antragsformularen	keine Änderung <input type="checkbox"/>
58	gültig ab <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div>	
59	Wird die Zusendung folgender Beihilfeantragsformulare mit den Beihilfebescheiden benötigt?	
60	<input checked="" type="checkbox"/> ja, ich bitte um Zusendung „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“	
61	<input type="checkbox"/> ja, ich bitte um Zusendung „Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit“	
62	<input type="checkbox"/> ja, ich bitte um Zusendung beider Formulare	
	<input type="checkbox"/> nein, wird nicht (mehr) benötigt	
	Die Anlagen zur Mitteilung von Änderungen der persönlichen Verhältnisse (Formulare „Beihilfeberechtigte Person“, „Ehepartner/in / Lebenspartner/in“, „Kind“) finden Sie im Internetportal des BVA (www.beihilfe.bund.de) oder können auf Anfrage übersandt werden.	
	Erklärung	
	Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen werden unverzüglich mitgeteilt.	
63	Datum <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> _____ Unterschrift der beihilfeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person </div>	
64	Name, Vorname (wenn Antrag durch bevollmächtigte Person gestellt wird; Vollmacht muss vorliegen) <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div>	
	Datenschutzrechtliche Hinweise: Zur Festsetzung und Zahlung von Beihilfeleistungen verarbeitet das BVA erforderliche personenbezogene Daten der beihilfeberechtigten Person und ggf. berücksichtigungsfähigen Personen wie Name, Anschrift, Geburtsdatum und Zahlungsdaten sowie Daten aus den eingereichten Rechnungsbelegen und sonstigen Schriftstücken (§ 114 Absatz 5 Satz 1 BBG i.V.m. Artikel 13 DSGVO). Informationen hierzu finden Sie im Internetportal des BVA unter „Merkblätter und Informationen“.	

Abb. 6: Beispiel für Beihilfeberechtigte Person, Seite 3

7.3 Ehepartner/in / Lebenspartner/in

Das Formular „Ehepartner/in / Lebenspartner/in“ (FFW 041003) ist bei erstmaliger Antragstellung je Kalenderjahr sowie bei Änderungen vollständig ausgefüllt vorzulegen. Das ausgefüllte Formular kann auch über die Beihilfe-App übermittelt werden.

1	Ehepartner/in / Lebenspartner/in Bitte immer bei erstmaliger Antragstellung, je Kalenderjahr oder bei Änderungen vollständig ausfüllen.		<input type="checkbox"/> Erstantrag <input checked="" type="checkbox"/> Änderungen
2	1. Beihilfeberechtigte Person		Beihilfenummer 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3	Name M u s t e r b e i s p i e l		
4	Vorname M a x		
5	Namenszusatz		Geburtsdatum 0 1 . 0 2 . 1 9 9 0
6	2. Daten der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners		seit/am
	<input checked="" type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben		1 2 . 1 2 . 2 0 2 4
	Bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.		
7	Name M u s t e r b e i s p i e l		Geschlecht
8	Vorname P e t r a		<input checked="" type="checkbox"/> weiblich
9	Namenszusatz		<input type="checkbox"/> männlich
10	Akademischer Grad		<input type="checkbox"/> divers
11	Geburtsdatum 0 3 . 0 4 . 1 9 9 2		
12	3. Krankenversicherungsschutz ¹⁾		keine Änderung <input checked="" type="checkbox"/>
13	gültig ab		
14	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung		
15	<input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert <input type="checkbox"/> Krankenversicherung im Ausland		
16	<input type="checkbox"/> gesetzlich familienversichert <input type="checkbox"/> freie Heilfürsorge		
17	Besteht eine Zusatzversicherung? ²⁾ (z. B. Zahnzusatzversicherung) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.		
18	Werden durch die Krankenversicherung Leistungen individuell ausgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.		
19	4. Besteht für die Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. den Ehepartner/Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung?		keine Änderung <input type="checkbox"/>
20	gültig ab		
21	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja gegenüber wem		
22	als Beamtin/Beamter		<input type="checkbox"/> als Versorgungsempfängerin/Versorgungsempfänger
23	als Tarifbeschäftigte Person		<input type="checkbox"/> aufgrund vertraglicher Vereinbarung (z. B. Dienstvertrag)

Abb. 7: Beispiel für Ehepartner/in / Lebenspartner/in, Seite 1

Erstantrag oder Änderungen

[Zeile 1]

Wählen Sie „Erstantrag“ aus, wenn Sie erstmalig Beihilfe für die Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. den Ehepartner/Lebenspartner beantragen und füllen Sie das Formular komplett aus, ansonsten kreuzen Sie „Änderungen“ an.

Keine Änderung

[Zeilen 12, 19, 24]

Sofern sich bei einem der Punkte 3 bis 5 keine Änderungen ergeben haben, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ im jeweiligen Punkt an.

1. Beihilfeberechtigte Person

[Zeilen 2 bis 5]

Bitte tragen Sie immer Ihre **Beihilfenummer** sowie Ihren Namen und Vornamen ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

2. Daten der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners

[Zeilen 6 bis 11]

Anzugeben sind der Name und Vorname sowie das Geburtsdatum der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners.

Menschen, die sich weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuordnen, kreuzen divers an oder können die Angabe offen lassen.

[Zeile 6]

Das Datumsfeld „seit/am“ gilt für die Ankreuzmöglichkeiten „verheiratet/verpartnert“, „verstorben“ und „geschieden/aufgehoben“.

3. Krankenversicherungsschutz

[Zeilen 12 bis 18]

Bei privater Krankenversicherung (auch im Basistarif) ist als Nachweis bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen. Sofern in privaten Versicherungsscheinen Abkürzungen verwendet werden, aus denen Art und Umfang der Versicherung nicht eindeutig erkennbar ist, fügen Sie bitte die Versicherungsbedingungen bei.

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen (pflichtversichert oder freiwillig versichert - jeweils auch bei einer Familienversicherung) gehören z. B. allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Ersatzkassen und die Knappschaft.

Ein Anspruch auf freie Heilfürsorge kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht bestehen.

Unter eine Zusatzversicherung fallen: Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-) Versicherungen (AR), o. ä. Das Bestehen einer Auslands- (Reise-) Versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhausstagesgeld- und Pflegezusatzversicherungen.

Änderungen im Krankenversicherungsschutz, die sich in dem Zeitraum ergeben haben, für den Sie Aufwendungen geltend machen, kennzeichnen Sie bitte im Feld „gültig ab“.

[Zeile 13]

Bitte geben Sie an, ab wann der Krankenversicherungsschutz besteht.

[Zeile 18]

Dabei handelt es sich um Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Der Nachweis des Ausschlusses von Versicherungsleistungen ist zwingend erforderlich.

4. Besteht für die Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. den Ehepartner/Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung?

[Zeilen 19 bis 23]

Nur bei Statusänderung hinsichtlich der Beihilfeberechtigung der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners (z. B. zunächst tarifbeschäftigt, dann verbeamtet).

5. Häusliche Gemeinschaft am Auslandsdienstort

[Zeilen 24 bis 27]

Sollte eine häusliche Gemeinschaft am Auslandsdienstort aufgrund einer Abordnung oder einem dienstlichen Wohnsitz im Ausland vorliegen, tragen Sie bitte neben „ja“ auch den Auslandsdienstort ein.

6. Angaben zu den Einkünften der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners

[Zeilen 28 bis 29]

Bitte tragen Sie hier die maßgeblichen Einkünfte aus dem Kalenderjahr 2024 ein. Bei einer Überschreitung der Einkommensgrenze können die voraussichtlichen Einkünfte für das Kalenderjahr 2026 erklärt werden.

Die Beihilfestelle behält sich vor, die Angaben durch Anforderung des Steuerbescheides 2024 oder anderer geeigneter Unterlagen nachzuprüfen. Alternativ ist natürlich weiterhin direkt die Vorlage des Steuerbescheides möglich.

Beginnend mit dem Jahr 2024 findet eine jährliche Anpassung der Einkommensgrenze statt, welche sich an der Rentenwerterhöhung West bemisst. Ab dem 01.01.2026 liegt die maßgebliche Einkommensgrenze für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Ehepartnerinnen/Lebenspartnerinnen bzw. Ehepartnern/Lebenspartnern bei 22.648 Euro.

Solange die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt, bleiben Erwerbseinkünfte im Aus- und Einreisejahr, ausländische Erwerbseinkünfte, Versorgungsbezüge und Renteneinkünfte unberücksichtigt.

Erklärung

[Zeile 30]

Mit der für die Gültigkeit dieses Antrages **zwingend notwendigen Unterschrift** bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

[Zeile 31]

Bevollmächtigt werden können nur natürliche Personen. Bitte legen Sie dazu zusätzlich die Vollmacht mit vor.

Bei gesetzlicher Betreuung muss die Vollmacht nicht ausgefüllt werden.

Bei erstmaliger Antragstellung durch die Betreuerin / den Betreuer sowie bei Änderung des Aufgabenkreises ist eine Kopie der Bestallungsurkunde beizufügen.

24	5. Häusliche Gemeinschaft am Auslandsdienstort	keine Änderung <input type="checkbox"/>
25	gültig ab 0 1 . 0 6 . 2 0 2 5	
26	Lebt die Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. der Ehepartner/Lebenspartner mit einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 BBhV in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort? ³⁾	
27	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja Auslandsdienstort P o r t - a u - P r i n c e (H a i t i)	
6. Angaben zu den Einkünften der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners		
Aufwendungen der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners sind beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer/seiner Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) einschließlich vergleichbarer ausländischer Einkünfte oder der Gesamtbetrag der vergleichbaren ausländischen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe die Einkommensgrenze von 22.648 Euro nicht übersteigt.		
Bei Personen mit Auslandsdienstort nach § 3 BBhV bleiben bestimmte Einkünfte unberücksichtigt. ³⁾		
28	Wie hoch waren die hiernach maßgeblichen Einkünfte im Kalenderjahr 2024? ⁴⁾ 6 5 4 9 8 , 7 6 Euro	
Wird die Einkommensgrenze überschritten, sind Aufwendungen der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners unter Vorbehalt beihilfefähig, sofern die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich geringer sind.		
29	Wie hoch werden die maßgeblichen Einkünfte im Kalenderjahr 2026 voraussichtlich sein? ⁵⁾ 1 5 5 0 0 , 0 0 Euro	
Erklärung		
Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen werden unverzüglich mitgeteilt.		
30	Datum 0 1 . 1 1 . 2 0 2 5	<i>M. Musterbeispiel</i> Unterschrift der beihilfeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person
31	Name, Vorname (wenn Antrag durch bevollmächtigte Person gestellt wird; Vollmacht muss vorliegen) 	
Datenschutzrechtliche Hinweise		
Zur Festsetzung und Zahlung von Beihilfeleistungen verarbeitet das BVA erforderliche personenbezogene Daten der beihilfeberechtigten Person und ggf. der berücksichtigungsfähigen Personen wie Name, Anschrift, Geburtsdatum und Zahlungsdaten sowie Daten aus den eingereichten Rechnungsbelegen und sonstigen Schriftstücken (§ 114 Absatz 5 Satz 1 BBG in Verbindung mit Artikel 13 DSGVO). Informationen hierzu finden Sie im Internetportal des BVA unter „Merkblätter und Informationen“.		
Fußnoten		
1) Bei privater Krankenversicherung ist als Nachweis bei der erstmaligen Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins vorzulegen.		
2) Zusatztarife sind z. B. Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-) Versicherungen (AR) o. ä. Das Bestehen einer AR ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.		
3) Solange die Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. der Ehepartner/Lebenspartner mit einer Person nach § 3 BBhV in häuslicher Gemeinschaft am Auslandsdienstort lebt, bleiben Erwerbseinkünfte im Aus- und Einreisejahr, ausländische Erwerbseinkünfte, Versorgungsbezüge und Renteneinkünfte unberücksichtigt.		
4) Die Beihilfestelle behält sich vor, die Angaben durch Anforderung des Steuerbescheides oder anderer geeigneter Unterlagen nachzuprüfen.		
5) Bei Angabe eines voraussichtlichen Betrages sind die tatsächlichen Einkünfte später durch Vorlage des Steuerbescheides oder anderer geeigneter Unterlagen unaufgefordert nachzuweisen. Übersteigen die maßgeblichen Einkünfte entgegen der Prognosen die Einkommensgrenze, so ist die im laufenden Kalenderjahr gezahlte Beihilfe in einer Summe zurückzuzahlen.		

Abb. 8: Beispiel für Ehepartner/in / Lebenspartner/in", Seite 2

7.4 Kind

Das Formular „Kind“ (FFW 041004) ist immer bei erstmaliger Beantragung von Aufwendungen für ein Kind oder bei Änderungen der Verhältnisse des Kindes auszufüllen. Bitte füllen Sie für jedes berücksichtigungsfähige Kind ein gesondertes Formular aus.

Kind		<input checked="" type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Änderungen
1	Bitte immer bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung für jedes Kind eine eigene Anlage ausfüllen.	
2	1. Beihilfeberechtigte Person	Beihilfenummer 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1
3	Name M u s t e r b e i s p i e l	
4	Vorname H e l g a	
5	Namenszusatz	Geburtsdatum 2 9 . 0 2 . 1 9 9 2
6	2. Daten des Kindes	
7	Name	Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
8	Vorname L u n a	
9	Namenszusatz	Geburtsdatum 0 1 . 0 1 . 2 0 2 3
10	3. Berücksichtigung im Familien-/Auslandskinderzuschlag	keine Änderung <input type="checkbox"/>
11	Bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen. bewilligt ab 0 1 . 0 1 . 2 0 2 3 bewilligt bis	
12	Ist dieses Kind bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja Wenn ja, bei wem	
13	Name M u s t e r b e i s p i e l	
14	Vorname M o r i t z	
15	Kontaktdaten der Beihilfestelle Behörde, Musterweg 21, 12345 Ort	
16	dortige Personalnummer 0 3 1 7 5 9 1 5 3	
17	Wer bezieht den Familien-/Auslandskinderzuschlag? ab 0 1 . 0 1 . 2 0 2 3	
18	<input checked="" type="checkbox"/> beihilfeberechtigte Person <input type="checkbox"/> andere beihilfeberechtigte Person	
19	4. Besteht für dieses Kind eine eigene Beihilfeberechtigung?	keine Änderung <input type="checkbox"/>
20	gültig ab 0 1 . 0 1 . 2 0 2 3	
21	gegenüber wem <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Abb. 9: Beispiel für Kind, Seite 1

Erstantrag oder Änderungen

[Zeile 1]

Wählen Sie „Erstantrag“ aus, wenn Sie erstmalig Beihilfe für das Kind beantragen, ansonsten kreuzen Sie „Änderungen“ an.

Keine Änderung

[Zeilen 10, 19, 22]

Sofern sich bei einem der Punkte 3, 4 oder 5 keine Änderungen ergeben haben, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ im jeweiligen Punkt an.

1. Beihilfeberechtigte Person

[Zeilen 2 bis 5]

Bitte tragen Sie immer alle Daten der beihilfeberechtigten Person inkl. der **Beihilfenummer** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

2. Daten des Kindes

[Zeilen 6 bis 9]

Anzugeben sind der Name und Vorname sowie das Geburtsdatum des Kindes.

Menschen, die sich weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuordnen, kreuzen divers an oder können die Angabe offen lassen.

3. Berücksichtigung im Familien-/Auslandskinderzuschlag

[Zeilen 10 bis 18]

Die Zeiträume der Bewilligung des Familienzuschlags für das Kind bzw. des Auslandskinderzuschlags sind anzugeben und durch eine Kopie des Bewilligungsbescheids oder der Gehaltsbescheinigung nachzuweisen. Der Kindergeldbescheid ist als Nachweis nicht ausreichend.

Ist das Kind bei einer anderen beihilfeberechtigten Person ebenfalls berücksichtigungsfähig, so ist der Name und Vorname sowie die für diese Person zuständige Beihilfestelle zu benennen.

4. Besteht für dieses Kind eine eigene Beihilfeberechtigung?

[Zeilen 19 bis 21]

Bei einer eigenen Beihilfeberechtigung des Kindes ist anzugeben, gegenüber wem diese besteht und der Beginn des Anspruchs ist einzutragen.

5. Krankenversicherungsschutz

[Zeilen 22 bis 26]

Bei privater Krankenversicherung (auch im Basistarif) ist als Nachweis bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht Beitragsänderung) eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins

vorzulegen. Sofern in privaten Versicherungsscheinen Abkürzungen verwendet werden, aus denen Art und Umfang der Versicherung nicht eindeutig erkennbar ist, fügen Sie bitte die Versicherungsbedingungen bei.

Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen (pflichtversichert oder freiwillig versichert – jeweils auch bei einer Familienversicherung) gehören z. B. allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK), die Innungskrankenkassen (IKK), die Ersatzkassen und die Knappschaft. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Beamtenversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

[Zeile 27]

Unter Zusatzversicherungen fallen: Pflegekostenversicherung (PfK), Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, Auslands- (Reise-) Versicherungen (AR), o. ä. Das Bestehen einer Auslands- (Reise-) Versicherung ist immer dann anzugeben, wenn Auslandsaufwendungen geltend gemacht werden. Nicht anzugeben sind Krankenhaustagegeld- und Pflegezusatzversicherungen.

Änderungen im Krankenversicherungsschutz, die sich in dem Zeitraum ergeben haben, für den Sie Aufwendungen geltend machen, kennzeichnen Sie bitte im Feld „gültig ab“.

[Zeile 28]

Dabei handelt es sich um Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Der Nachweis des Ausschlusses von Versicherungsleistungen ist zwingend erforderlich.

22 **5. Krankenversicherungsschutz ¹⁾** keine Änderung ☐

23 gültig ab . .

24 ☒ privat versichert ☐ freiwillig gesetzlich versichert ☐ keine Krankenversicherung

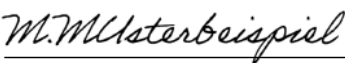
25 ☐ gesetzlich pflichtversichert ☐ Krankenversicherung im Ausland

26 ☐ gesetzlich familienversichert ☐ freie Heilfürsorge

27 **Besteht eine Zusatzversicherung? ²⁾** (z. B. Zahnzusatzversicherung)
☒ nein ☐ ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.

28 **Werden durch die Krankenversicherung Leistungen individuell ausgeschlossen?**
☒ nein ☐ ja Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.

Erklärung
Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen werden unverzüglich mitgeteilt.

29 Datum . . 
Unterschrift der beihilfeberechtigten bzw. bevollmächtigten Person

30 Name, Vorname (wenn Antrag durch **bevollmächtigte Person** gestellt wird; Vollmacht muss vorliegen)

Abb. 10: Beispiel für Anlage „Kind“ - Seite 3

7.5 Anlage „Körperverletzung“

Die Anlage „Körperverletzung“ (FFW 041007) zum Antrag auf Beihilfe ist immer dann auszufüllen, wenn Aufwendungen geltend gemacht werden, die aufgrund einer Körperverletzung (z. B. Verkehrsunfall) entstanden sind und ein Schadensersatzanspruch gegen Dritte (Schädiger) bestehen könnte.

Anlage „Körperverletzung“		Beihilfenummer										
1			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9									
<p>Entstehen Behandlungskosten aufgrund einer Körperverletzung, kann ein Schadensersatzanspruch gegen Dritte (Schädiger) in Betracht kommen, zum Beispiel aufgrund</p> <ul style="list-style-type: none">- Verkehrsunfall- Schulunfall- Gewalttat (z. B. Schlägerei) <p>Wird Beihilfe zu solchen Behandlungskosten beantragt, ist die Körperverletzung mit diesem Formular der Beihilfestelle anzuzeigen.</p> <p>Ein möglicher Schadensersatzanspruch der zu den Behandlungskosten gezahlten Beihilfe geht auf den Dienstherrn über (§ 76 BBG). Hierzu werden die Rechnungen und ggf. weitere zum Schadensfall gehörende Dokumente durch die Beihilfestelle personalisiert an die für die Bearbeitung von Schadensersatzansprüchen zuständige Behörde weitergeleitet. Diese prüft den möglichen Schadensersatzanspruch und wird ihrerseits die personalisierten Dokumente ggf. an den Schädiger bzw. dessen Versicherung weiterleiten. Bei der Weiterleitung durch die Beihilfestelle wird auf die Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten und deren Vernichtung/Löschung, wenn sie nicht mehr benötigt werden, besonders hingewiesen.</p> <p>Mit dieser Anlage ist kein Dienst- oder Arbeitsunfall anzuzeigen. Die Bearbeitung zu deren Anerkennung und Erstattung der Kosten erfolgt nicht durch die Beihilfe.</p>												
1. Verletzte Person												
2	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte Person											
3	<input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner bzw. Ehepartnerin/Lebenspartnerin											
4	<input checked="" type="checkbox"/> Kind											
5	Vorname des Kindes L u n a											
2. Angaben zur Körperverletzung												
6	Datum der Verletzung 0 1 . 0 3 . 2 0 2 2											
Wurden vollständige Angaben bereits gemacht? ¹⁾												
7	<input type="checkbox"/> ja mit Antrag vom											
8	<input checked="" type="checkbox"/> nein											
9	Körperverletzung und Beschreibung des Ereignisses: Am 01.03.2022 spielte Luna....											

Abb. 10: Beispiel für Anlage „Körperverletzung“, Seite 1

Beihilfenummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer die **Beihilfenummer** der beihilfeberechtigten Person ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

1. Verletzte Person

[Zeilen 2 bis 5]

Wählen Sie die Person aus, die eine Körperverletzung erlitten hat. Wenn es sich um das Kind handelt, geben Sie bitte den Vornamen des verletzten Kindes an.

2. Angaben zur Körperverletzung

[Zeile 6]

Bitte geben Sie das Datum an, wann sich die Körperverletzung ereignet hat.

[Zeilen 7 bis 8]

Wenn vollständige Angaben bereits mitgeteilt wurden, tragen Sie das Antragsdatum ein, mit welchem Sie die Körperverletzung bereits angezeigt haben.

[Zeile 9]

Geben Sie hier bekannt, um welche Körperverletzung es sich handelt. Versuchen Sie das Ereignis zu beschreiben, welche die Verletzung herbeigeführt hat.

Bei einem anerkannten Dienstunfall machen Sie die Aufwendungen bitte direkt bei der zuständigen Dienstunfallfürsorgestelle geltend.

3. Mögliche Ansprüche auf Schadensersatz

[Zeilen 10 und 11]

Kreuzen Sie an, ob vollständige Angaben zur Körperverletzung bereits mitgeteilt wurden. Wenn dies zutrifft, ist das Antragsdatum des jeweiligen Beihilfeantrags zu benennen.

[Zeilen 12 bis 18]

Falls vollständige Angaben zur Körperverletzung noch nicht gemeldet wurden, tragen Sie bitte die Angaben von möglichen Kostenträgern oder Schadensersatzpflichtigen ein (sofern bekannt). Bei einem Verkehrsunfall ist die Haftpflichtversicherung nebst Aktenzeichen und Versicherungsnummer der Beteiligten anzugeben.

4. Aufwendungen

[Zeilen 19 bis 26]

Hier sind die Rechnungsdaten und Rechnungsbeträge aufzulisten, die im Zusammenhang mit der Körperverletzung stehen.

3. Mögliche Ansprüche auf Schadensersatz	
Wurden vollständige Angaben bereits gemacht? ¹⁾	
10	<input type="checkbox"/> ja mit Antrag vom <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"/>
11	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Falls bekannt, Angaben zu möglichen Kostenträgern (z. B. Schule) oder Schadensersatzpflichtigen (z. B. Beteiligte an einem Verkehrsunfall nebst deren Haftpflichtversicherung und dortige Aktenzeichen):	
Geschlecht	
12	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Name	
13	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vorname	
14	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Institution (z. B. Schule, Versicherung)	
15	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
16	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	
17	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Aktenzeichen	
18	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Versicherungsnummer	
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4. Aufwendungen	
Folgende Aufwendungen dieses Beihilfeantrages stehen im Zusammenhang mit einer Körperverletzung:	
19	Rechnungsdatum: <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20	Rechnungsbetrag (EUR, Cent): <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21	Rechnungsdatum: <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22	Rechnungsbetrag (EUR, Cent): <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23	Rechnungsdatum: <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24	Rechnungsbetrag (EUR, Cent): <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Rechnungsdatum: <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
26	Rechnungsbetrag (EUR, Cent): <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Abb. 11: Beispiel für Anlage „Körperverletzung“, Seite 2

7.6 Anlage „Ausland“

Die Anlage „Ausland“ (FFW 041010) zum Antrag auf Beihilfe ist bei Einreichung von **ausländischen Rechnungsbelegen** auszufüllen. Sie ist insbesondere bei Abordnung ins Ausland und dienstlichem Wohnsitz im Ausland zu verwenden. Sie ist ebenfalls von Versorgungsempfängern und Versorgungsempfängerinnen mit ständigem Wohnsitz im Ausland zu nutzen.

Die Anlage „Ausland“ mit Hauptvordruck „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ dient zudem der Beantragung von **Leistungen nach § 17 SGB V** durch ins Ausland entsandte, gesetzlich versicherte Personen.

Auch bei Anträgen von **lokal beschäftigten Personen** ist die Anlage „Ausland“ zusammen mit dem Hauptvordruck und der Anlage „Lokal beschäftigte Person“ zu verwenden.

Bitte verwenden Sie bei ausländischen Rechnungsbelegen immer das vollständige Formular Anlage „Ausland“ mit der **Zusammenstellung der Belege** (Punkt 5) auf der zweiten Seite.

Die Ortsüblichkeitsbestätigung unter Punkt 4 muss hingegen nur in bestimmten Fällen und nur bei dienstlichen Auslandsaufenthalten ausgefüllt werden (siehe Punkt 4).

Erläuterung bei Nutzung der Beihilfe-App einblenden

[Online-Formular]

Um die Erläuterungen zur Anlage „Ausland“ anzeigen zu lassen, muss das Kästchen aktiviert werden. Die Erläuterungen stehen anschließend als letzte Seite im Formular zur Verfügung.

Anders als der Hauptvordruck „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ ist die Anlage „Ausland“ **auch bei Nutzung der Beihilfe-App vorzulegen**. Hierzu müssen beide Seiten der Anlage „Ausland“ wie Rechnungsbelege fotografiert werden.

Weitere Hinweise zur Anlage „Ausland“ und der Antragstellung per App entnehmen Sie bitte der im Formular eingeblendeten Erläuterung.

The screenshot displays the top portion of the 'Anlage „Ausland“' form. At the top right, there is a checkbox labeled 'Erläuterungen zur Anlage "Ausland" einblenden' which is checked. Below this, the title 'Anlage „Ausland“' is prominently displayed on the left, and a field for 'Beihilfenummer' is on the right. The first main section is titled '1. Anschrift für Postversand (Dienstanschrift oder ausländische Postanschrift)' and includes a large yellow rectangular area for the address. To the right of this area are two fields: 'gültig von' and 'gültig bis', both followed by yellow input boxes. Further to the right, there is a label 'keine Änderung' next to a small, empty square checkbox.

Abb. 6: FFW-Formular Anlage „Ausland“


Anlage „Ausland“		Beihilfenummer	
		1 2 3 4 5 6 7 8	
1	1. Anschrift für Postversand (Dienstanschrift oder ausländische Postanschrift)		keine Änderung <input type="checkbox"/>
2	Auswärtiges Amt	gültig von	0 1 . 0 7 . 2 0 2 2
3	Botschaft Tel Aviv	gültig bis	
4			
5			
6	Land	I s r a e l	
7	2. Auszahlung der Beihilfe		keine Änderung <input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/> bekanntes Konto der beihilfeberechtigten Person	<input checked="" type="checkbox"/> bar (nur Beschäftigte des AA im Ausland)	
9	<input type="checkbox"/> bekanntes Konto der bevollmächtigten Person		
10	3. Angaben zur Beschäftigung		
11	Ausländische Dienststelle		
12			
13	<input checked="" type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Soldat/in	<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r
14	<input type="checkbox"/> Lokal Beschäftigte/r ¹⁾	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger/in ²⁾	<input type="checkbox"/> Entsandte/r Tarifbeschäftigte/r
15	4. Bestätigung bei dienstlichem Auslandsaufenthalt durch zuständige Stelle ^{1) 3)}		
16	<input checked="" type="checkbox"/> Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der im Gastland entstandenen Aufwendungen wird bestätigt, soweit nachfolgend im Bemerkungsfeld nichts Abweichendes vermerkt ist.		
17	Gesamtsumme (unbedingt aus Punkt 5. übertragen): 2 0 8 6 4 , 1 2		
18	<input checked="" type="checkbox"/> Bei stationärer Krankenhausbehandlung: Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bettzimmer im Inland. Bei "nein": bitte Erläuterung im unten stehenden Benachrichtigungsfeld.		
19	<input type="checkbox"/> Für Mitglieder einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung und lokal Beschäftigte: Ggf. zustehende Leistungen einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung bzw. eines Gesundheitssystems im Gastland wurden ausgeschöpft.		
20	Bemerkungen:		
21			
22			
23			
Bei Nutzung der Beihilfe-App sind die gesonderten Erläuterungen zu beachten.			
Name der zur Bestätigung berechtigten Person			
OTTO BESTÄTIGUNGSMANN			
Dienststelle und organisatorische Funktion			
BOTSCHAFT TEL AVIV, HUSTERFUNKTION			
E-Mail-Adresse für evtl. Rückfragen			
otto.bestaetigungsmann@musteramt.de			
Unterschrift der bestätigungsberechtigten Person			Datum
			05.09.2022

Abb. 14 Beispiel Anlage „Ausland“, Seite 1

Beihilfenummer

[Zeile 1]


Bitte tragen Sie immer Ihre **Beihilfenummer** ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

Die Nummer kann aus Zahlen als auch aus Buchstaben (bspw. Ihrem Namen) bestehen. Diese **finden Sie in Ihrem Beihilfebescheid** ab Seite 2 in der Kopfzeile (oben links) als Personalnummer.



Personalnummer: 70018006							Seite 2 von 3		
Festsetzung zum Beihilfeantrag vom 27.05.2018									
Beleg-Nr.	Person	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (EUR)	Kosten-erstattung rechnerisch (EUR)	Dem Grunde nach beihilfefähig (EUR)	Beihilfefähig nach Abzug evtl. Eigenbehalte (EUR)	Bemes-sungssatz (v.H.)	Beihilfe (EUR)	Hinweis
4	K	00.05.2018	00.00	5.70	00.00	00.00	00.00	00.16	

Abb. 7: Ausschnitt aus dem alten Beihilfebescheid



Beihilfenummer: BB20003379							Seite 3 von 3	
Festsetzung zum Beihilfeantrag vom 24.06.2022								
Person	Belegart	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag (Euro)	Beihilfefähiger Betrag (Euro)	Bemes-sungssatz (Prozent)	Beihilfe (Euro)	Hinweise	

Abb. 8: Ausschnitt aus dem neuen Beihilfebescheid

1. Ausländische Postanschrift

[Zeile 2]

Sofern sich bei der Postanschrift keine Änderung ergeben hat, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ an. Die erneute Angabe der bereits bekannten Adresse ist nicht erforderlich.

[Zeilen 3 bis 6]

Geben Sie hier Ihre ausländische Postanschrift mit Landesangabe an. Teilen Sie auch den Gültigkeitsbereich der ausländischen Postanschrift mit.

2. Auszahlung der Beihilfe

[Zeile 7]

Sofern sich bei der Auszahlung der Beihilfe keine Änderung ergeben hat, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Änderung“ an.

[Zeilen 8 bis 9]

Wählen Sie hier aus, wie die Auszahlung der Beihilfe erfolgen soll. Falls das Konto noch nicht bekannt ist, teilen Sie bitte diese mit dem Formular „Beihilfeberechtigte Person“ mit.

Die „**bar**“ **Auszahlung** ist nur für die Beschäftigten des Auswärtigen Amtes im Ausland möglich.

3. Angaben zur Beschäftigung

[Zeilen 10 bis 12]

Wählen Sie hier aus, welcher Statusgruppe Sie angehören.
Bitte immer die aktuell zutreffende Beschäftigungsart auswählen.

4. Bestätigung bei dienstlichem Auslandsaufenthalt durch zuständige Stelle

[Zeilen 13 bis 18]

Dieser Punkt ist ausschließlich bei dienstlichen Auslandsaufenthalten nach § 3 BBhV, bei Anträgen nach § 17 SGB V und bei Anträgen von lokal beschäftigten Personen auszufüllen.

Bei privaten Auslandsaufenthalten muss dieser Punkt nicht ausgefüllt werden.

Sofern die geltend gemachten ausländischen Aufwendungen je Krankheitsfall 1.000 Euro übersteigen, müssen Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen in diesem Abschnitt durch eine hierzu befugte Stelle im Ausland bestätigt werden. In Ländern der Europäischen Union entfällt die Notwendigkeit der Ortsüblichkeitsbestätigung, sofern die Aufwendungen nicht im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen.

Bei Krankenhausaufenthalten ist die Bestätigung der Ortsüblichkeit und der Angaben zur gewählten Art der Unterbringung unabhängig von Gastland und Höhe der Aufwendungen immer erforderlich.

Zur Ortsüblichkeitsbestätigung befugte Stellen im Ausland können sein: Auslandsvertretung des Auswärtigen Amtes, Regional- und Kooperationsarzt/-ärztin der Auslandsvertretung, beauftragte Verwaltungsleitung der Auslandsschule, Truppenarzt der Bundeswehr, Auslandsinstitut.

[Zeile 14]

Beim online Ausfüllen dieses Formulars wird die Gesamtsumme des Rechnungsbetrages (Punkt 5, Seite 2) an diese Stelle automatisch übernommen.

Beim Ausfüllen des Punkts 5 „Zusammenstellung der Belege“ *per Hand*, tragen Sie bitte die Gesamtsumme (Zeile 42) unbedingt hier manuell ein.

[Zeile 19]

Bitte hier die abweichenden Bemerkungen eintragen. Sofern der Platz des Bemerkungsfelds nicht ausreicht, kann eine zusätzliche unterschriebene Seite von der befugten Person ergänzt werden.

5. Zusammenstellung der Belege

[Zeilen 24 bis 41]

Spalte „Behandelte Person“

Die behandelte Person soll mithilfe folgender Abkürzungen eingetragen werden:

- B = Beihilfeberechtigte Person
- E/L = Ehepartner/in / Lebenspartner/in
- K = Kind

Spalte „Art der Leistung“

Folgende Abkürzungen stehen für die Eintragung der Leistung zur Verfügung:

- äB = ärztliche Behandlung
- zB = zahnärztliche Behandlung
- Fk = Fahrtkosten
- Hb = Heilbehandlung
- Hm = Hilfsmittel
- Kh = Krankenhaus
- R = Rezept
- S = Sonstiges

Spalte „Umrechnungsbetrag in Euro“

In dieser Spalte soll der Rechnungsbetrag in Euro mit dem Kurs am Tag der Rechnungsbegleichung eingetragen werden. Bitte weisen Sie den Umrechnungskurs mit Kreditkartenabrechnung oder Zahlungsquittung mit Umrechnungsbeleg nach.

Sofern der bei Begleichung der Rechnung tatsächlich angewandte Wechselkurs bei Antragstellung nicht nachgewiesen ist, werden ausländische Rechnungsbeträge mit dem am Tag der Festsetzung geltenden Kurs in Euro umgerechnet.

[Zeile 42]

Bitte tragen Sie unbedingt die Gesamtsummen für jede ausgefüllte Spalte ein.

Beim manuellen Ausfüllen der Tabelle, bitte unbedingt die Gesamtsumme des Rechnungsbetrages in ausländischer Währung in das Feld Gesamtsumme (Zeile 14) übertragen.

5. Zusammenstellung der Belege									
Lfd.-Nr.	Rechnungsdatum	Behandelte Person (B, E/L, K) ¹⁾	Art der Leistung (äB, zB, Fk, Hb, Hm, Kh, R, S) ²⁾	Rechnungsbetrag in Landeswährung	Umrechnungsbetrag in Euro (EUR, Cent) ⁶⁾	Kostenerstattung von anderer Seite (Betrag falls kein Prozentanfall)			
24	1 0 . 0 8 . 2 0 2 2	B	ä B	3 7 2 , 5 7	1 0 0 , 0 0	1 0 , 0 0			
25	0 5 . 0 8 . 2 0 2 2	B	z B	9 3 1 4 , 3 4	2 5 0 0 , 0 0	3 4 2 , 5 0			
26	3 3 2 8 . 0 7 . 2 0 2 2	E / L	Kh	1 1 1 7 7 , 2 1	3 0 0 0 , 0 0	5 8 0 , 0 0			
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42	GESAMTSUMME (bitte unbedingt ausfüllen!)			2 0 8 6 4 , 1 2	5 6 0 0 , 0 0	9 3 2 , 5 0			

Fußnoten
1) Bitte zusätzlich die Anlage „Lokal Beschäftigte“ übersenden
2) Bei Versorgungsempfänger/Versorgungsempfängerinnen ist die Bestätigung der Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen in Abschnitt 4 nicht erforderlich.
3) Z. B. Auslandsvertretung, Verwaltungsleitung der Auslandsschule, Auslandsbeschäftigungsstelle, Truppenarzt oder Vertrauensarzt/-ärztin der Auslandsvertretung
4) B = Beihilfeberechtigte Person, E/L = Ehepartner/Lebenspartner/in, K = Kind
5) äB = ärztliche Behandlung, zB = zahnärztliche Behandlung, Fk = Fahrtkosten, Hb = Heilbehandlung, Hm = Hilfsmittel, Kh = Krankenhaus, R = Rezept, S = Sonstiges
6) Rechnungsbetrag in Euro mit dem Kurs am Tag der Rechnungsbegleichung gem. beiliegendem Nachweis

Abb. 9: Beispiel Anlage „Ausland“, Seite 2

7.7 Anlage „Lokal beschäftigte Person“

Die Anlage „Lokal beschäftigte Person“ dient der Beantragung von Beihilfe, beihilfeähnlichen Leistungen oder Leistungen nach RES 135-9 des Auswärtigen Amtes durch lokal beschäftigte Personen im Ausland. Die Anlage ist immer zusätzlich zum Hauptvordruck „Beihilfeantrag bei Krankheit und Geburt“ und der Anlage „Ausland“ vor-zulegen und bei jeder Antragstellung vollständig auszufüllen.

Die Angaben in der Anlage „Lokal beschäftigte Person“ sind durch eine hierzu befugte Stelle bei der ausländischen Dienststelle in Zusammenarbeit mit der lokal beschäftigten Person auszufüllen. Die befugte Stelle bestätigt die Angaben unter Punkt 5 durch Unterschrift und ggf. Dienstsiegel/Stempel.

Bei Antragstellung per Beihilfe-App muss die Anlage „Lokal beschäftigte Person“ zusammen mit der Anlage „Ausland“ wie ein Rechnungsbeleg fotografiert werden.

Beihilfenummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer Ihre Beihilfenummer ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

1: Lokal beschäftigte Person

[Zeile 2 bis 4]

Geben Sie hier Name, Vorname und Geburtsdatum der lokal beschäftigten Person an.

2. Anspruchsgrundlage

[Zeile 5 bis 8]

Bitte wählen Sie hier die zutreffende Anspruchsgrundlage der lokal beschäftigten Person für Leistungen im Krankheitsfall aus.

Bei arbeitsvertraglich vereinbartem Anspruch auf beihilfeähnliche Leistungen sind bei der ersten Antragstellung der lokal beschäftigten Person oder bei Änderungen Nachweise beizufügen, aus denen Art und Umfang des Anspruchs hervorgehen (z. B. Auszug aus dem Arbeitsvertrag/ gesonderte Vereinbarung/ geltender Heilfürsorgeerlass, etc.).

3. Angaben bei Leistungen nach Runderlass 135-9 des Auswärtigen Amtes

Punkt 3 ist nur auszufüllen bei Anspruch nach RES 135-9 des Auswärtigen Amtes, nicht jedoch bei Anspruch auf Beihilfe oder beihilfeähnliche Leistungen.

[Zeile 9 bis 10]

Bitte bestätigen Sie hier Zutreffendes nach erfolgter Prüfung der Voraussetzungen gemäß Runderlass 135-9 des Auswärtigen Amtes und des zugehörigen Standardleistungskatalogs.

<div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">Anlage „Lokal beschäftigte Person“</div> <div style="font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">1. Lokal beschäftigte Person</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Name</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-family: monospace;">M u s t e r b e i s p i e l</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Vorname</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-family: monospace;">J o h n</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="margin-bottom: 5px;">Namenszusatz</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-family: monospace;"> </div> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="margin-bottom: 5px;">Geburtsdatum</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-family: monospace;">1 5 . 0 9 . 1 9 9 5</div> </div> </div>	<div style="font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">Beihilfenummer</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-family: monospace;">9 8 7 6 5 4 3 2 1 0</div>
<div style="font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">2. Anspruchsgrundlage</div> <div style="margin-bottom: 5px;">gültig ab</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-family: monospace;">0 1 . 0 7 . 2 0 2 3</div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Arbeitsvertraglich vereinbarter Anspruch auf Leistungen nach Runderlass 135-9 des Auswärtigen Amtes. <i>Weitere Angaben unter Punkt 3 erforderlich.</i></div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Beihilfeanspruch (nur möglich bei Einstellung vor dem 01.03.1999 und keiner arbeitsvertraglichen Änderung hinsichtlich der medizinischen Versorgung). <i>Weitere Angaben unter Punkt 4 erforderlich.</i></div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> Arbeitsvertraglich vereinbarter Anspruch auf beihilfeähnliche Leistungen. <i>Weitere Angaben unter Punkt 4 erforderlich.</i></div> </div>	
<div style="font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">3. Angaben bei Leistungen nach Runderlass 135-9 des Auswärtigen Amtes</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Alle in der Zusammenstellung der Belege ausgewiesenen Aufwendungen sind erstattungsfähig nach dem Standardleistungskatalog zu RES 135-9. Es bestehen keine anzurechnenden Leistungsansprüche gegenüber Dritten.</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> Die Voraussetzungen nach RES 135-9 zur Berücksichtigungsfähigkeit der behandelten Familienangehörigen sind erfüllt. <i>(Nur zu bestätigen bei eingereichten Aufwendungen für Familienangehörige)</i></div>	
<div style="font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">4. Angaben bei Beihilfeanspruch oder beihilfeähnlichen Leistungen</div> <div style="font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">a) Leistungsansprüche gegenüber Dritten</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Vorrangige Leistungsansprüche aus gesetzlicher Krankenversicherung¹⁾ oder freier staatlicher Gesundheitsfürsorge für die lokal beschäftigte Person und/oder deren berücksichtigungsfähige Personen</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> bestehen nicht.</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> wurden ausgeschöpft, sind jedoch nicht ausreichend <i>(Begründung erforderlich)</i>.</div> <div style="margin-bottom: 5px;"><input type="checkbox"/> werden nicht in Anspruch genommen <i>(Begründung erforderlich)</i>.</div> <div style="margin-top: 5px;">Begründung:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> <p>Hiermit wird nun erklärt, warum für die Aufwendung XYZ vom TT.MM.JJJJ die erhaltene Leistung der staatlichen Gesundheitsfürsorge nicht ausreicht und im vorliegenden Einzelfall dennoch Beihilfe bzw. beihilfeähnliche Leistungen gewährt werden sollen:</p> </div>	

Abb. 10: Beispiel für Lokal beschäftigte Person, Seite 1

4. Angaben bei Beihilfeanspruch oder beihilfeähnlichen Leistungen

Punkt 4 ist nur auszufüllen bei Anspruch auf Beihilfe oder beihilfeähnliche Leistungen, nicht jedoch bei Anspruch nach RES 135-9 des Auswärtigen Amtes.

[Zeile 11 bis 14]

Wenn die geltend gemachten Aufwendungen anteilig von dritter Seite getragen oder erstattet wurden, sind Erstattungsnachweise beizufügen.

Bei Ablehnung der Erstattung durch eine private Krankenversicherung ist ein **Nichterstattungsnachweis** vorzulegen.

Sofern Beihilfe oder beihilfeähnliche Leistungen zu Aufwendungen beantragt werden, zu denen zustehende Leistungen Dritter nicht in Anspruch genommen wurden oder ausgeschöpfte Leistungsansprüche nicht ausreichend sind, ist dies im Freitextfeld mit Bezug auf den vorliegenden Einzelfall ausführlich zu begründen. Ebenfalls ist zu begründen, weshalb im vorliegenden Einzelfall dennoch Beihilfe bzw. beihilfeähnliche Leistungen gewährt werden sollen. Bitte nehmen Sie in im Freitextfeld Bezug zu den jeweiligen Beleg-Nummern aus der Zusammenstellung der Belege in der Anlage „Ausland“.

[Zeile 15 bis 16]

Bitte machen Sie hier Angaben zum bestehenden Beschäftigungsumfang.

[Zeile 17 bis 18]

Wenn Aufwendungen der Partnerin oder des Partners geltend gemacht werden, sind hier Angaben zu deren Einkünfte und zur Höhe der Einkommensgrenze auszuwählen. Bitte beachten Sie hierbei die Erläuterungen in Fußnote 2.

[Zeile 19]

Wenn Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Kindern geltend gemacht werden, sind hier deren Namen und Geburtsdaten einzutragen. Als Grundlage der Berücksichtigungsfähigkeit sollten entsprechende Passagen im Arbeitsvertrag oder Heilfürsorgeerlass vorhanden sein.

Bei volljährigen Kindern ist ein aktueller Ausbildungsnachweis oder sonstiger Nachweis einer weiterhin bestehenden Berücksichtigungsfähigkeit beizufügen.

5. Bestätigung der Auslandsvertretung

[Zeile 20 bis 24]

In diesem Bereich bestätigt nur die hierzu befugte Stelle in der Auslandsvertretung die Richtigkeit der Angaben und Vollständigkeit des Antrags durch Unterschrift und ggf. Dienstsiegel/Stempel.

b) Beschäftigungsumfang der lokal beschäftigten Person

- 15 Gültig ab 1 5 . 0 7 . 2 0 2 3
- 16 ☐ Vollzeit ☒ Teilzeit 3 5 , 0 0 Stunden/Woche 3 9 , 0 0 Regelarbeitszeit/Woche

c) Angaben zu den Einkünften der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners

Hat die Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. der Ehepartner/Lebenspartner eigene Einkünfte?

- 17 ☐ nein ☒ ja, wenn ja
- Überstieg der Gesamtbetrag der Einkünfte im Kalenderjahr 2024 die Einkommensgrenze von 22.648 Euro, oder hätte nach ortsüblichem Einkommensniveau bei vergleichbarer Beschäftigung in Deutschland diese Einkommensgrenze überstiegen? ²⁾
- 18 ☒ nein ☐ ja

d) Berücksichtigungsfähige Kinder

Namen, Vornamen und Geburtsdaten der berücksichtigungsfähigen Kinder

- 19 Musterbeispiel, Anne, geb. 01.01.2020
Musterbeispiel, Max, geb. 06.05.2023

Bei Antragstellung zu Aufwendungen volljähriger Kinder ist ein aktueller Ausbildungsnachweis vorzulegen.

5. Bestätigung der Auslandsvertretung

- 20 Die Richtigkeit der Angaben in dieser Anlage zum Antrag vom 0 2 . 0 1 . 2 0 2 6 wird bestätigt.
Der Antrag und die Anlage „Ausland“ lagen vollständig vor.

Name der zur Bestätigung berechtigten Person (inkl. Dienststelle, organisatorische Funktion)

- 21 *Karla Bestätigungsfrau, Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in Pretoria, Musterfunktion*

E-Mail (für Rückfragen)

- 22 *Karla.Bestaetigungsfrau*
- 23 *@AuswaertigesAmt_SuedAfrika.de*

Datum

- 24 0 3 . 0 1 . 2 0 2 6

K. Bestä-frau
Unterschrift der bestätigungsberechtigten Person

Fußnoten

- 1) Den in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versicherten lokal beschäftigten Personen werden im EU-/EWR-Ausland bzw. in Staaten mit einem Sozialversicherungsabkommen, welches die Krankenversicherung einschließt, Leistungen durch das Gesundheitssystem des Gastlandes wie den dort gesetzlich Versicherten gewährt.
- 2) Aufwendungen der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners sind beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer/seiner Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe bzw. beihilfefähigen Leistung die Einkommensgrenze nicht übersteigt. Bei lokal beschäftigten Personen tritt an die Stelle des Einkommensbetrages der dem ortsüblichen Einkommensniveau entsprechende Betrag für eine vergleichbare Beschäftigung in Deutschland. Im Zweifelsfall ist das ortsübliche Einkommen für eine der Entgeltgruppe 4 vergleichbare Tätigkeit zugrunde zu legen. (Siehe Rundschreiben des BMI vom 26. Juni 2009, AZ: D5 - 220 220-2b/3.7.)

Abb. 11: Beispiel für Lokal beschäftigte Person, Seite 2

7.8 Vollmacht

Das Formular Vollmacht (FFW 041005) ist auszufüllen, sofern die Bevollmächtigung einer dritten Person erwünscht ist oder eine bestehende Bevollmächtigung geändert werden soll.

Bei gesetzlicher Betreuung muss die Vollmacht nicht ausgefüllt werden.

Bei erstmaliger Antragstellung durch die Betreuerin bzw. den Betreuer sowie bei Änderung des Aufgabenkreises ist eine Ablichtung der Bestallungsurkunde beizufügen.

Beihilfenummer

[Zeile 1]

Bitte tragen Sie immer die **Beihilfenummer** der beihilfeberechtigten Person ein, da sonst keine Zuordnung möglich ist.

1. Vollmachtgebende Person

[Zeilen 2 bis 7]

Einzutragen sind der Name und Vorname sowie das Geburtsdatum der Person, die die Vollmacht erteilt.

Menschen, die sich weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zuordnen, kreuzen divers an oder können die Angabe offenlassen.

[Zeilen 6 bis 7]

Wird von einer bevollmächtigten Person eine Untervollmacht an eine andere Person erteilt, ist dies an dieser Stelle anzugeben.

2. Bevollmächtigung

[Zeilen 8 bis 22]

Der Name und Vorname sowie die Kontaktdaten der bevollmächtigten Person sind anzugeben. Die Vollmacht ist nur für diese Person gültig.

Die bevollmächtigte Person wird mit der Vollmacht zu allen Handlungen im Zusammenhang mit den verwaltungsrechtlichen Beihilfeangelegenheiten ermächtigt.

[Zeilen 20 bis 22]

Eine Postanschrift im Ausland ist einschließlich des Landes hier einzutragen.

Vollmacht		Beihilfenummer									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Vollmachtgebende Person											
Name		M u s t e r b e i s p i e l									
Vorname		A n d r e a									
Namenszusatz											
Geburtsdatum		1 5 . 0 7 . 1 9 8 0									
<input type="checkbox"/> Vollmachtgebende Person ist nicht die beihilfeberechtigte Person, es handelt sich um eine Untervollmacht.											
Vollmacht der beihilfeberechtigten Person		<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> ist beigelegt									
2. Bevollmächtigung											
Hiermit bevollmächtige ich die nachstehende Person zu vollumfänglichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit Beihilfeangelegenheiten.											
Name der bevollmächtigten Person		U l e n d o r f									
Vorname der bevollmächtigten Person		O t t o									
Namenszusatz		v o n									
Akademischer Grad		P r o f .									
Geburtsdatum		3 0 . 0 7 . 1 9 7 9									
Telefonnummer		0 1 2 3 / 9 8 7 6 5 4									
Mailadresse		O t t o _ v o n _ U l e n d o r f									
		@ M u s t e r m a i l . d e									
Inländische Postanschrift?											
<input checked="" type="checkbox"/> ja											
Zu erreichen über Einrichtung oder Institution (optional)											
M u s t e r e i n r i c h t u n g											
Straße											
U n t e r o b e r w a l d w i e s e n s t r a .											
Hausnummer											
9 8											
Ort											
S t a d t n a m e											
PLZ											
1 3 5 7 9											
<input type="checkbox"/> nein											
Ausländische Postanschrift											
Land											

Abb. 12: Beispiel für Vollmacht, Seite 1

3. Gültigkeit der Vollmacht

[Zeilen 23 bis 24]

Kreuzen Sie bitte unbedingt an, ob die bisherige(n) Vollmacht(en) weiterhin gültig ist (sind) oder mit dieser Vollmacht widerrufen werden soll(en).

4. Auszahlung der Beihilfe

[Zeilen 25 bis 29]

Eine Beihilfegewährung im Inland erfolgt nur unbar.

Beihilfegewährung mit IBAN (International Bank Account Number) und BIC (Bank Identifier Code) sind innerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraums (Single Euro Payments Area, SEPA) möglich. Dazu gehören alle Länder der EU, des EWR sowie die Schweiz.

Sie finden diese Codes auf Ihrem Kontoauszug, eventuell bereits auch auf Ihrer Bankomatkarte.

Die BIC (SWIFT) Angabe ist nur notwendig, sofern Sie die Erstattung auf ein Konto eines ausländischen Geldinstituts wünschen.

Reichen die Schreibstellen für die Angabe Ihres Finanzinstitutes nicht aus, kürzen Sie die Angaben bitte in geeigneter Weise ab.

Haben sich die **Anschrift oder Ihre Bankverbindung geändert**, teilen Sie dies der Beihilfestelle bitte **umgehend mit**.

Barzahlungen sind nur über die Auslandsvertretungen des Bundes an deren Bedienstete möglich.

5. Versand der Beihilfebescheide

[Zeile 30]

Anzugeben ist, ob sich mit der Vollmacht ebenfalls die Zustellung der Beihilfebescheide ändern soll.

6. Erklärung

[Zeilen 31 bis 32]

Die Vollmacht ist nur gültig, wenn sowohl die vollmachtgebende Person als auch die bevollmächtigte Person **unterschrieben** haben.

Abb. 1713: Beispiel für Anlage „Vollmacht“, Seite 2

7.9 Antrag auf Abschlagszahlung

(§ 51 Absatz 9 BBhV)

Zum Schutz der beihilfeberechtigten Personen vor außergewöhnlich hohen finanziellen Belastungen kann ein Antrag auf Abschlagszahlung (§ 51 Absatz 9 BBhV) gestellt werden, beispielsweise bei einer Verpflichtung zur „Anzahlung“ bei der Aufnahme in eine Rehabilitationsmaßnahme oder bei einmaligen, absehbar hohen Kosten für die Anschaffung eines teuren Arznei- oder Hilfsmittel. Der einmalige Abschlag wird nach Vorlage der zur Abrechnung notwendigen Belege mit der Beihilfe verrechnet.

7.10 Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen

(§ 51 Absatz 9 BBhV)

Zum Schutz der beihilfeberechtigten Personen vor außergewöhnlich hohen finanziellen Belastungen im Falle von chronischen Erkrankungen oder wiederkehrend hohen Medikamentenaufwendungen gibt es die Möglichkeit, einen Antrag auf wiederkehrende Abschlagszahlungen (§ 51 Absatz 9 BBhV) zu stellen. Hierdurch können Abschlagszahlungen für bis zu 12 Monaten im Voraus beantragt werden, die zur Abrechnung notwendigen Belege sind nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes oder bei vorzeitiger Beendigung durch Wegfall der Voraussetzungen der Beihilfestelle vorzulegen.