

# MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausgabe A

23. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 5. Dezember 1970

Nummer 185

## Inhalt

### I.

**Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes  
für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.**

| Glied.-<br>Nr. | Datum        | Titel                                                                                                                                                                     | Seite |
|----------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 203204         | 12. 11. 1970 | RdErl. d. Finanzministers<br>Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krank-<br>heits-, Geburts- und Todesfällen . . . . . | 1924  |

## I.

203204

**Verwaltungsverordnung  
zur Ausführung der Verordnung  
über die Gewährung von Beihilfen  
in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen**

RdErl. d. Finanzministers v. 12. 11. 1970 —  
B 3100 — 0.7 — IV A 4

I. Mein RdErl. v. 9. 4. 1965 (SMBL. NW. 203204) wird im Einvernehmen mit dem Innenminister wie folgt geändert:

1. In Nummer 1.2 wird folgender Satz angefügt:  
Als Unterbrechung gilt es nicht, wenn das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 35 Abs. 2 Satz 2 LBG geendet hat und der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst übernommen worden ist.
2. In Nummer 4 Satz 4 wird die Zahl „25 000“ ersetzt durch „30 000“.
3. In Nummer 6 erhält die bisherige Vorschrift die Nummer 6.1.
4. Als Nummer 6.2 wird eingefügt:  
6.2 Die gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen es ihren freiwilligen Mitgliedern, deren Bezüge 1 800,— DM monatlich übersteigen, häufig frei, ob sie die ihnen im Grundsatz zustehenden Sachleistungen der Kassen in Anspruch nehmen wollen. Verzichten die Versicherten auf die Sachleistungen, so erhalten sie nach Vorlage der Rechnungen oder Rezepte an Stelle der Sachleistungen Geldleistungen, die oft zu einer vollen oder — beim Abzug eines Mengenrabatts und dergleichen sowie der Rezeptgebühr — zu einer annähernd vollen Kostendeckung führen (Sachleistungssurrogat). In diesem Falle sind die Aufwendungen nach § 3 Abs. 3 Satz 2 BVO nicht beihilfefähig. Beihilfen sind nur dann zu gewähren, wenn die Kassen bei ihrer Erstattung über den Mengenrabatt und dergleichen sowie die Rezeptgebühr hinaus Kürzungen vornehmen. Vorstehende Grundsätze gelten auch dann, wenn von RVO- oder Ersatzkassen mit den Versicherten Pauschalersatzleistungen an Stelle von Sachleistungen vereinbart worden sind.  
Sachleistungssurrogate erbringen die Krankenkassen insbesondere zu den Kosten für Medikamente und Krankentransporte sowie bei Inanspruchnahme der 3. Pflegeklasse einer Krankenanstalt als Selbstzahler, sofern dem Arzt in dieser Klasse kein eigenes Liquidationsrecht eingeräumt ist. Um prüfen zu können, ob eine Beihilfe gezahlt werden kann, sind in diesen Fällen von den in gesetzlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen Versicherten die Leistungen der Krankenkassen nachzuweisen. Sind auf einem Rezept mehrere Medikamente verordnet worden, muß für jedes Medikament der Einzelerstattungsbetrag angegeben werden. Bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung kann im Regelfall von einem Nachweis der Kasserleistungen abgesehen werden, da hier erfahrungsgemäß keine Kostendeckung erreicht wird.
5. Nummer 7 erhält folgende Fassung:  
Zu § 3 Abs. 4 und 4 a
6. In Nummer 7.1 wird angefügt:  
Leistungen der Deutschen Studenten-Krankenversorgung sind keine Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften.

7. Als Nummer 7.4 wird angefügt:

7.4 Von § 3 Abs. 4 a BVO werden der Krankenversicherung als Pflichtmitglieder angehörnde Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige erfaßt, die wegen der Kurzfristigkeit des Beschäftigungsverhältnisses (§ 1 Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe a BVO) oder der geringen Arbeitszeit (§ 1 Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe b BVO) keine Beihilfeberechtigung auf Grund ihrer Tätigkeit im öffentlichen Dienst erworben haben.

8. In Nummer 9 erhält die bisherige Vorschrift die Nummer 9.1. Satz 2 dieser Vorschrift erhält folgende Fassung:

Kein Wahlrecht haben die auf Grund einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst krankenversicherungspflichtigen Personen; das gilt auch in den Fällen, in denen diese Personen Anspruch auf Heilbehandlung gegen die gesetzliche Unfallversicherung haben.

9. Als Nummer 9.2 wird eingefügt:

9.2 Unter einer geeigneten öffentlichen oder freien gemeinnützigen Krankenanstalt ist eine Anstalt zu verstehen, in der die Krankheit in gleichem Maße und mit entsprechenden Mitteln wie in der privaten Anstalt behandelt werden kann.

10. In Nummer 12 a wird angefügt:

Werden auf die Versorgungsbezüge nach den Vorschriften des Landesbeamtengesetzes bestimmte Einkünfte des Berechtigten angerechnet (z. B. nach § 134 oder § 173 Abs. 3 und 4 LBG), so sind der Berechnung nach § 4 a Abs. 1 Satz 1 Buchstabe b BVO die ungekürzten Bezüge zugrunde zu legen. Zu den Dienst- und Versorgungsbezügen rechnen nicht Weihnachtsszuwendungen.

11. Als Nummer 13.3 wird eingefügt:

13.3 Auch bei einer dringenden Einweisung eines Erkrankten in ein Sanatorium durch den behandelnden Arzt ist die beihilfenrechtliche Abrechnung nach § 5 BVO vorzunehmen. § 5 Abs. 1 Satz 2 BVO ist zu beachten.

12. In Nummer 16 erhält die bisherige Vorschrift die Nummer 16.1. Die Zahl „14“ wird ersetzt durch „16“.

13. Als Nummer 16.2 wird eingefügt:

16.2 Der Beihilfeberechtigte hat durch Vorlage entsprechender Belege nachzuweisen, daß ihm Aufwendungen in Höhe der Zuschüsse entstanden sind. In Fällen, in denen sich der Beihilfeberechtigte ganz oder teilweise selbst verpflegt hat, können die Verpflegungskosten auch ohne Nachweis berücksichtigt werden, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm Kosten in der angegebenen Höhe entstanden sind.

14. Nummer 20.3 Satz 2 erhält folgende Fassung:  
§ 3 Abs. 4 bleibt unberührt.

15. Hinter Nummer 20.3 wird folgende Nummer 20.4 eingefügt:

20.4 Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) sowie in der Klinik für Dermatologie und Allergie in Davos-Dorf und der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in den Kliniken in Davos richtet sich nach § 5 BVO.

16. Nummer 25.1 erhält folgende Fassung:

25.1 Kinder im Sinne von § 14 Abs. 1 BVO sind die leiblichen sowie die an Kindes Statt angenommenen Kinder.

II. Der Antragsvordruck auf Gewährung einer Beihilfe sowie das Formblatt „Kiefer-orthopädisches Attest“ werden durch die diesem Erlaß beigefügten Vordrucke ersetzt. Noch vorhandene Formblätter sind nach Vornahme der notwendigen Änderungen aufzubrauchen.

III. In der Anlage 3 zur Verwaltungsverordnung (Heilbäderverzeichnis) ist

a) in Abschnitt I

|                       |           |                |
|-----------------------|-----------|----------------|
| hinter „Aibling       | Aibling   | By“ einzufügen |
| „Antogast             | Offenburg | BW“,           |
| hinter „Essen         | Wittlage  | Nd“ einzufügen |
| „Feilnbach-<br>Wiechs | Aibling   | By“,           |

b) in Abschnitt III

|                       |                |                |
|-----------------------|----------------|----------------|
| hinter „Neutrauchburg | Wangen         | BW“ einzufügen |
| „Oberstauen           | Sonthofen      | By“,           |
| hinter „Rengsdorf     | <b>Neuwied</b> | RP“ einzufügen |
| „Rottach-Egern        | Miesbach       | By“,           |
| hinter „Sachsa        | Osterode Harz  | Nd“ einzufügen |
| „Schieder             | Detmold        | NW“,           |
| hinter „Todtmoos      | Säckingen      | BW“ einzufügen |
| „Tölz                 | Bad Tölz       | By             |
| Triberg               | Villingen      | BW“,           |

c) in Abschnitt IV

|                         |                        |                |
|-------------------------|------------------------|----------------|
| hinter „Freiburg i. Br. | —                      | BW“ einzufügen |
| „Friedenweiler          | Hochschwarzwald        | BW“,           |
| hinter „Gandersheim     | Gandersheim            | Nd“ einzufügen |
| „Gemünd                 | Schleiden              | NW“,           |
| hinter „Hennef          | Siegkreis              | NW“ einzufügen |
| „Hiddesen               | Detmold                | NW“,           |
| hinter „Hindelang       | Sonthofen              | By“ einzufügen |
| „Hopfen am See          | Füssen                 | By“,           |
| hinter „Melle           | Melle                  | Nd“ einzufügen |
| „Mölln                  | Herzogtum<br>Lauenburg | SH“,           |



# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

Anlage 1

An

|                                                                                                                                                                                                              |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Zutreffendes ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen                                                                                                                                    |                                                      |
| Name, Vorname                                                                                                                                                                                                | Amtsbezeichnung (bei Angestellten: Vergütungsgruppe) |
| Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer                                                                                                                                                                    |                                                      |
| Dienststelle bzw. letzte Dienststelle                                                                                                                                                                        | Seit wann ununterbrochen im öffentlichen Dienst      |
| Familienstand<br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend    seit |                                                      |

Ich beantrage eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und durch Belege nachgewiesenen Aufwendungen.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. Kinderzuschlagsberechtigende Kinder (falls nicht für die gesamten 12 Monate vor der Antragstellung Kinderzuschlag gezahlt wurde, ist hinter dem Namen des Kindes zu vermerken, seit wann oder bis wann Kinderzuschlag gezahlt worden ist).                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| Name, Vorname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Geburtsdatum                                     | Name, Vorname                                        | Geburtsdatum                                                                       |                           |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  | 4.                                                   |                                                                                    |                           |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  | 5.                                                   |                                                                                    |                           |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  | 6.                                                   |                                                                                    |                           |
| Werden Aufwendungen für Kinder geltend gemacht, für die Kinderzuschlag nur zur Hälfte bezogen wird? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für das Kind/die Kinder unter Nr.    Ich erkläre hiermit gleichzeitig, daß mein Ehegatte zu den geltend gemachten Aufwendungen keine Beihilfe beantragt.                                                                                                                                                                            |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| 2. Sind oder waren Ehegatte oder kinderzuschlagsberechtigende Kinder in den letzten 12 Monaten vor der Antragstellung berufstätig oder Empfänger beamtenrechtlicher Versorgungsbezüge?                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> ja (Falls eine dieser Personen selbst beihilfeberechtigt ist oder war, bitte rechts ankreuzen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| Name des Berufstätigen — Versorgungsempfängers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | tätig von — bis                                  | Name und Anschrift des Arbeitgebers                  |                                                                                    |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  |                                                      | <input type="checkbox"/>                                                           |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  |                                                      | <input type="checkbox"/>                                                           |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                  |                                                      | <input type="checkbox"/>                                                           |                           |
| 3. Sind Personen, für die hiermit eine Beihilfe beantragt wird, in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (pflichtversichert oder freiwillig versichert) oder steht ihnen sonst zu den geltend gemachten Aufwendungen auf Grund von Rechtsvorschriften (z. B. Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherungsgesetz, Reichsknappschaftsgesetz, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenersatzung zu? |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> ja, und zwar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Pflichtversichert in einer RVO- oder Ersatzkasse | Freiwillig versichert in einer RVO- oder Ersatzkasse | Bei Ansprüchen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften: Angabe der Rechtsvorschrift | Art und Höhe der Leistung |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                             |                                                                                    |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                             |                                                                                    |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                             |                                                                                    |                           |
| 4. Folgende Personen, für die hiermit eine Beihilfe beantragt wird, sind in einer Privatkrankenkasse versichert*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| nicht versichert*)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| 5. Wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |
| <input type="checkbox"/> ja    Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen oder Begründung, warum keine Ersatzpflicht besteht (ggf. auf bes. Blatt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                                      |                                                                                    |                           |

\*) Es können folgende Abkürzungen eingetragen werden:  
 Antragsteller = A  
 Ehegatte = E  
 Kinder = Lfd. Nr., unter der das Kind bei Ziffer 1 eingetragen ist

Beihilfeantrag

| 6.        | <b>Nur auszufüllen von Antragstellern, die für den Ehegatten eine Beihilfe beantragen:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>1. Wird der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten im lfd. Kalenderjahr möglicherweise 30000 DM übersteigen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja</span></p> <p>Bei voraussichtlichen Einkünften über 25000 DM ist die geschätzte Höhe der Einkünfte anzugeben: ..... DM</p> <p>Mir ist bekannt, daß ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten ohne besondere Aufforderung zurückzahlen, falls der Gesamtbetrag seiner Einkünfte im lfd. Kalenderjahr 30000 DM übersteigt (dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfen zu Aufwendungen, für die der Ehegatte seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält).</p> |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|------------------------------------|-----------|--------|------------------------------------|--|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|--|----|----|--|----|----|
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>2. Steht ein Krankheitsfall, für den Aufwendungen geltend gemacht werden, in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Berufstätigkeit Ihres Ehegatten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja</span></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| b)        | von Versorgungsempfängern, die außerhalb des öffentlichen Dienstes tätig sind oder waren:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Steht ein Krankheitsfall, für den Aufwendungen geltend gemacht werden, in einem ursächlichen Zusammenhang mit Ihrer jetzigen oder früheren Berufstätigkeit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja</span></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| c)        | wenn Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht werden, die von Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder für die Versicherungsleistungen auf Dauer eingestellt sind (die Nachweise sind beigelegt):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Um welche der geltend gemachten Aufwendungen handelt es sich?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Beleg-Nr.</th> <th style="width: 25%;">Betrag</th> <th style="width: 25%;">Beleg-Nr.</th> <th style="width: 25%;">Betrag</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                  | Beleg-Nr. | Betrag | Beleg-Nr.                          | Betrag    |        | DM                                 |  | DM |    | DM |    | DM |  | DM |    | DM |    |    |  |    |    |  |    |    |
| Beleg-Nr. | Betrag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Beleg-Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Betrag    |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|           | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DM        |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|           | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DM        |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|           | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DM        |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| d)        | in Geburtsfällen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Ich beantrage einen Zuschuß für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| e)        | in Geburtsfällen, falls die monatlichen Bruttozüge des Antragstellers <b>ausschließlich</b> der mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschläge und der Aufwandsentschädigungen die Krankenversicherungspflichtgrenze nicht übersteigen:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>1. Ich beantrage eine Zuwendung nach § 9 Abs. 2 BVO</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Eine entsprechende Zuwendung (Pauschbetrag) steht mir nach anderen Vorschriften (z. B. BVO) in Höhe von ..... DM zu.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>2. Meine monatlichen Bruttozüge <b>ausschließlich</b> der mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschläge und der Aufwandsentschädigungen betragen ..... DM</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| f)        | von Ledigen, Verwitweten, Geschiedenen und Getrenntlebenden, wenn Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlung — einschl. Sanatoriumsbehandlung — und für Heilkuren geltend gemacht werden:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Ich habe einer anderen Person nicht nur vorübergehend Unterkunft und Unterhalt gewährt, weil ich gesetzlich oder sittlich dazu verpflichtet bin oder aus gesundheitlichen Gründen ihrer Hilfe bedarf bzw. ein kinderzuschlagsberechtigendes Kind auf meine Kosten anderweit untergebracht, ohne daß dadurch die häusliche Verbindung mit ihm aufgehoben werden soll</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja (nähere Angaben — Name, Verwandtschaftsverhältnis, Grund der Unterhaltsgewährung — auf besonderem Blatt)</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| 7.        | <p>Ich beantrage die Erhöhung des Bemessungssatzes auf 80 v. H. nach § 12 Abs. 2 BVO (möglich bei stationärer Krankenhausbehandlung — einschließlich Sanatoriumsbehandlung —, stationärer Entbindung, dauernder Anstaltsunterbringung und bei allen zahnärztlichen Leistungen) für die nachstehend aufgeführten Aufwendungen. Alle von Krankenversicherungen zu diesen Aufwendungen erbrachten Leistungen (einschl. Zusatz- und Krankenhaustagegeldversicherungen) sind angegeben und die entsprechenden Belege beigelegt.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Beleg-Nr.</th> <th style="width: 25%;">Betrag</th> <th style="width: 25%;">Leistungen der Krankenversicherung</th> <th style="width: 25%;">Beleg-Nr.</th> <th style="width: 25%;">Betrag</th> <th style="width: 25%;">Leistungen der Krankenversicherung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td style="text-align: right;">DM</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td style="text-align: right;">DM</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td></td> <td style="text-align: right;">DM</td> <td style="text-align: right;">DM</td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Beleg-Nr. | Betrag | Leistungen der Krankenversicherung | Beleg-Nr. | Betrag | Leistungen der Krankenversicherung |  | DM | DM |    | DM | DM |  | DM | DM |    | DM | DM |  | DM | DM |  | DM | DM |
| Beleg-Nr. | Betrag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Leistungen der Krankenversicherung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Beleg-Nr. | Betrag | Leistungen der Krankenversicherung |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|           | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | DM     | DM                                 |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|           | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | DM     | DM                                 |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
|           | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | DM     | DM                                 |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| 8.        | <p>Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich als <span style="float: right;">Abschlagszahlung</span> <span style="float: right;">Vorschuß</span> am</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>durch die (Kasse) <span style="float: right;">einen Betrag in Höhe von</span></p> <p style="text-align: right;">DM erhalten.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |
| 9.        | <p>Ich bitte, die Beihilfe</p> <p><input type="checkbox"/> bar zu zahlen</p> <p><input type="checkbox"/> zu überweisen auf das Konto Nr. <span style="float: right;">bei (Bank, Sparkasse, Postscheckamt)</span></p> <p>Falls Postscheckamt: Dort angegebener Wohnort</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |        |                                    |           |        |                                    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |  |    |    |  |    |    |

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, daß ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag sind keine Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht worden, die von Ehegatten, Kindern, Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Verschwägerten ersten Grades durchgeführt worden sind.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift

! vom

## Anlage zum Beihilfeantrag

Ort und Datum

## 1. An

**Betrifft:** Gewährung einer Beihilfe**Bezug:** Ihr Antrag vom .....**Anl.:** ..... Rechnungsbelege

Sehr geehrte .....

Auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück.

- ☐ Die Belege brauchen Sie nicht aufzubewahren.
- ☐ Die Belege sind — soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben — noch drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.
- ☐ Falls der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten im Kalenderjahr 19..... 30000 DM übersteigt, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten gewährte Beihilfe ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfen zu Aufwendungen, für die der Ehegatte seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattungen erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen für Ihren Ehegatten wird unter dem Vorbehalt gewährt, daß Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, daß die Einkünfte Ihres Ehegatten den Betrag von 30000 DM nicht überschreiten.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt.

Auf die Beihilfe bereits gewährte Abschläge oder Vorschüsse werden bei der Auszahlung verrechnet.

Hochachtungsvoll

2. Auszahlungsanordnung über ..... DM fertigen — Kapitel ..... Titel ..... Erl. ....  
Namenszeichen, Datum
- Abschlag/Vorschuß von ..... DM abziehen (Verfügung vom ..... HÜL-Nr. ....)
- noch zu zahlen ..... DM

3. In die Haushaltsüberwachungsliste eintragen HÜL-Nr. .... (Sammel-  
(Einzel- Anweisung vom .....)

4. Reinschrift absenden. Erl. ....  
Namenszeichen, Datum

5. Rechnungsamt

6. Z. d. A.

Sachlich richtig



des/der (Name, Vorname, Amtsbezeichnung)

vom

[illegible]

Ort und Datum

An

**Betrifft:** Gewährung einer Beihilfe**Bezug:** Ihr Antrag vom .....**Anl.:** ..... Rechnungsbelege

Sehr geehrte .....

Auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück.

☐ Die Belege brauchen Sie nicht aufzubewahren.☐ Die Belege sind — soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben — noch drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.☐ Falls der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten im Kalenderjahr 19..... 30000 DM übersteigt, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten gewährte Beihilfe ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfen zu Aufwendungen, für die der Ehegatte seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattungen erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen für Ihren Ehegatten wird unter dem Vorbehalt gewährt, daß Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, daß die Einkünfte Ihres Ehegatten den Betrag von 30000 DM nicht überschreiten.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt.

Auf die Beihilfe bereits gewährte Abschläge oder Vorschüsse werden bei der Auszahlung verrechnet.

Hochachtungsvoll

|                                           |                 |
|-------------------------------------------|-----------------|
| Name, Vorname                             | Amtsbezeichnung |
| Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer |                 |
| Dienststelle                              |                 |

Röntgenbefund

1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100  
 101  
 102  
 103  
 104  
 105  
 106  
 107  
 108  
 109  
 110  
 111  
 112  
 113  
 114  
 115  
 116  
 117  
 118  
 119  
 120  
 121  
 122  
 123  
 124  
 125  
 126  
 127  
 128  
 129  
 130  
 131  
 132  
 133  
 134  
 135  
 136  
 137  
 138  
 139  
 140  
 141  
 142  
 143  
 144  
 145  
 146  
 147  
 148  
 149  
 150  
 151  
 152  
 153  
 154  
 155  
 156  
 157  
 158  
 159  
 160  
 161  
 162  
 163  
 164  
 165  
 166  
 167  
 168  
 169  
 170  
 171  
 172  
 173  
 174  
 175  
 176  
 177  
 178  
 179  
 180  
 181  
 182  
 183  
 184  
 185  
 186  
 187  
 188  
 189  
 190  
 191  
 192  
 193  
 194  
 195  
 196  
 197  
 198  
 199  
 200  
 201  
 202  
 203  
 204  
 205  
 206  
 207  
 208  
 209  
 210  
 211  
 212  
 213  
 214  
 215  
 216  
 217  
 218  
 219  
 220  
 221  
 222  
 223  
 224  
 225  
 226  
 227  
 228  
 229  
 230  
 231  
 232  
 233  
 234  
 235  
 236  
 237  
 238  
 239  
 240  
 241  
 242  
 243  
 244  
 245  
 246  
 247  
 248  
 249  
 250  
 251  
 252  
 253  
 254  
 255  
 256  
 257  
 258  
 259  
 260  
 261  
 262  
 263  
 264  
 265  
 266  
 267  
 268  
 269  
 270  
 271  
 272  
 273  
 274  
 275  
 276  
 277  
 278  
 279  
 280  
 281  
 282  
 283  
 284  
 285  
 286  
 287  
 288  
 289  
 290  
 291  
 292  
 293  
 294  
 295  
 296  
 297  
 298  
 299  
 300  
 301  
 302  
 303  
 304  
 305  
 306  
 307  
 308  
 309  
 310  
 311  
 312  
 313  
 314  
 315  
 316  
 317  
 318  
 319  
 320  
 321  
 322  
 323  
 324  
 325  
 326  
 327  
 328  
 329  
 330  
 331  
 332  
 333  
 334  
 335  
 336  
 337  
 338  
 339  
 340  
 341  
 342  
 343  
 344  
 345  
 346  
 347  
 348  
 349  
 350  
 351  
 352  
 353  
 354  
 355  
 356  
 357  
 358  
 359  
 360  
 361  
 362  
 363  
 364  
 365  
 366  
 367  
 368  
 369  
 370  
 371  
 372  
 373  
 374  
 375  
 376  
 377  
 378  
 379  
 380  
 381  
 382  
 383  
 384  
 385  
 386  
 387  
 388  
 389  
 390  
 391  
 392  
 393  
 394  
 395  
 396  
 397  
 398  
 399  
 400  
 401  
 402  
 403  
 404  
 405  
 406  
 407  
 408  
 409  
 410  
 411  
 412  
 413  
 414  
 415  
 416  
 417  
 418  
 419  
 420  
 421  
 422  
 423  
 424  
 425  
 426  
 427  
 428  
 429  
 430  
 431  
 432  
 433  
 434  
 435  
 436  
 437  
 438  
 439  
 440  
 441  
 442  
 443  
 444  
 445  
 446  
 447  
 448  
 449  
 450  
 451  
 452  
 453  
 454  
 455  
 456  
 457  
 458  
 459  
 460  
 461  
 462  
 463  
 464  
 465  
 466  
 467  
 468  
 469  
 470  
 471  
 472  
 473  
 474  
 475  
 476  
 477  
 478  
 479  
 480  
 481  
 482  
 483  
 484  
 485  
 486  
 487  
 488  
 489  
 490  
 491  
 492  
 493  
 494  
 495  
 496  
 497  
 498  
 499  
 500  
 501  
 502  
 503  
 504  
 505  
 506  
 507  
 508  
 509  
 510  
 511  
 512  
 513  
 514  
 515  
 516  
 517  
 518  
 519  
 520  
 521  
 522  
 523  
 524  
 525

|                              |       |    |
|------------------------------|-------|----|
| a) Behandlungskosten         | ..... | DM |
| b) Material- und Laborkosten | ..... | DM |
| c) Gesamtsumme               | ..... | DM |

Ort, Datum Unterschrift

a) nach Vorlage des Formulars ☐ (\*)

b) nach Vorlage der diagnostischen Unterlagen (Modelle und Röntgenbefund) ☐

c) nach klinischer Untersuchung ☐

1. Ist eine kieferorthopädische Behandlung notwendig? ja ☐ nein ☐  
Wenn „nein“, aus welchem Grunde  
.....  
.....

2. Ist der Behandlungsplan zweckmäßig? ja ☐ nein ☐  
Es werden folgende Änderungen vorgeschlagen  
.....  
.....

3. Die veranschlagten Kosten sind  
— in voller Höhe — bis zu einem Betrage von ..... DM — angemessen.

Ort, Datum Unterschrift

— MBI. NW. 1970 S. 1924.



**Einzelpreis dieser Nummer 1,80 DM**

Einzellieferungen nur durch den August Bagel Verlag, Düsseldorf, gegen Voreinsendung des Betrages zuzügl. Versandkosten auf das Postscheckkonto Köln 85 16 oder auf das Girokonto 35 415 bei der Westdeutschen Landesbank, Girozentrale Düsseldorf. (Der Verlag bittet, keine Postwertzeichen einzusenden.) Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer bei dem August Bagel Verlag, 4 Düsseldorf, Grafenberger Allee 100, vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgegeben von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Elisabethstraße 5. Druck: A. Bagel, Düsseldorf; Vertrieb: August Bagel Verlag, Düsseldorf. Bezug der Ausgabe A (zweiseitiger Druck) und B (einseitiger Druck) durch die Post. Ministerialblätter, in denen nur ein Sachgebiet behandelt ist, werden auch in der Ausgabe B zweiseitig bedruckt geliefert. Bezugspreis vierteljährlich Ausgabe A 15,80 DM, Ausgabe B 17,— DM.  
Die genannten Preise enthalten 5,5 % Mehrwertsteuer.