

Zusammenstellung der Aufwendungen

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfe-Personalnummer

Geburtsdatum

Vom/Von der Antragsteller/in auszufüllen:

Beleg Nr.	Rechnungsdatum	1) Art/ 2) Empfänger der Leistung		Rechnungsbetrag Euro	Leistungen von Versicherungen		Bemerkungen
					%	Euro	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
	Abschlag						
	Summe						

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

100 = Arztkosten	170 = Hilfsmittel
110 = Fahrtkosten	180 = Hebamme
120 = Heilpraktiker	190 = Behandlungspflege
130 = Physiotherapie	200 = Stationäre Arztrechnung
135 = Amb. Rehasport	210 = Stationäre Unterkunft
140 = Psychotherapie	240 = Haushaltshilfe
150 = Arzneimittel	300 = Zahnbehandlung
160 = Sehhilfe	310 = Proth. Zahnbehandlung

320 = Kieferorthopädie
400 = Amb. Kur
410 = Stat. Reha
420 = Amb. Reha
500 = Geburtskosten
510 = Sterbekosten
600 = Ambulante Pflege
610 = Sach-/Kombinationsleistung

620 = Kurzzeitpflege
622 = Verhinderungspflege
624 = Betreuungsbedarf
626 = Amb. Wohngruppe
640 = Vollstationäre Pflege
700 = Sonstiges

2) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

01 = Antragsteller/in	02 = Ehegatte/in, Lebenspartner/in
-----------------------	------------------------------------

03 = Kind 1

04 = Kind 2 usw.

