

# Zusammenstellung der Aufwendungen

Name, Vorname	Beihilfe-Nr. (siehe Bescheid)
Anschrift (Bei aktiven Dienstkräften anstelle der Anschrift die Ordnungsnummer des Amtes und der Abteilung einsetzen)	Anlage zum Beihilfeantrag vom

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Art der Leistung (1)	A= Antragsteller E= Ehegatte K= Kind (2)			Rechnungsbetrag	Kostenerstattung von anderer Seite, falls kein Prozenttarif
			A	E	K		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Summe der Aufwendungen</b>							

**Hinweise:**

- (1) Bitte folgende Abkürzungen benutzen:
- |                                     |                                       |  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| AA = Ärztliche Behandlung           | KH = Stationäre Krankenhausbehandlung | SH = Seehilfe                          |
| ZB = Zahnbehandlung                 | SA = Sanatoriumsbehandlung            | FK = Fahrtkosten                       |
| AV = Arznei- und Verbandsmittel     | HK = Heilkur                          | HB = Heilbehandlungen (Physiotherapie) |
| KO = Kieferorthopädische Behandlung | HM = Hilfsmittel (ohne Seehilfe)      | SO = Sonstiges                         |
- (2) "A" oder "E" sind anzukreuzen. Bei "K" ist die laufende Nummer unter der das Kind bei Ziffer 2 des Antragsvordrucks eingetragen ist, zu vermerken.