

Empfänger (Dienstunfallfürsorgestelle)

## **Antrag auf Erstattung der Aufwendungen für Maßnahmen des Heilverfahrens (§ 33 Beamtenversorgungsgesetz)**

Bitte ankreuzen oder ausfüllen. Ist der vorgegebene Platz nicht ausreichend, bitte ein  
zusätzliches Blatt verwenden.

### **1. Angaben zur verletzten Person (antragstellende Person)**

#### **1.1. Persönliche Angaben**

Name

Vorname

Geburtsdatum

#### **1.2. Erreichbarkeit**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Personalnummer

Telefon

E-Mail-Adresse

## 2. Angaben zum Unfall

Unfalldatum

Uhrzeit

### 2.1. Wurde der Unfall als Dienstunfall anerkannt?

☐ nein

☐ ja, mit Bescheid vom

### 2.2. Wurde ein Vorschuss oder eine Abschlagszahlung beantragt bzw. gewährt?

☐ nein

☐ ja, und zwar in Höhe von Euro

## 3. Bankverbindung für die Überweisung des Erstattungsbetrags

Kontoinhabende Person

IBAN

BIC

Name des Geldinstituts

**Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Nachträgliche Änderungen werde ich sofort anzeigen. Ärztliche Verordnungen (auch für Heil- oder Hilfsmittel, physiotherapeutische Leistungen o.ä.) sind beigelegt. Für die genannten Aufwendungen habe ich weder die Gewährung einer Beihilfe noch eine Erstattung durch die Krankenversicherung oder nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch genommen.**

Ort, Datum und Unterschrift

Belegnummer	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag in Euro
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

**Hinweise der antragstellenden Person an die Dienstunfallfürsorgestelle:**