

## 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

## 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 beigefügt. 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:**