

Name, Vorname des Beamten, Amts- oder Dienstbezeichnung		Anwendernummer / Personalnummer					
		0 0 1 /					
Beschäftigungsdienststelle		Bearbeiternummer	Geburtsdatum		Telefonnummer		

Landesamt für Finanzen
 Mecklenburg-Vorpommern
 Schloßstraße 7
 17222 Neustrelitz

Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens im Rahmen der Dienstunfallfürsorge (§ 33 LBeamtVG M-V)

Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag bei

Antragssumme	€
davon Krankenhauskosten	€

1. Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für Aufwendungen, die durch die Behandlung der Dienstunfallfolgen entstanden sind.

Datum des Dienstunfalls Datum der Dienstunfallanerkennung
 (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Hat sich der Unfall während der Ausübung des Dienstes ereignet? ja nein

Behörde/Personalstelle, durch die der Dienstunfall anerkannt wurde

Hinweise: - Eine Erstattung der dienstunfallbedingten Aufwendungen kann erst nach Vorliegen eines Anerkennungsbescheides der zuständigen Behörde/Personalstelle erfolgen.

Bitte keine Originalbelege einreichen, da diese eingescannt und nicht zurückgeschickt werden!

2. Erhalten Sie freie Heilfürsorge? ja nein
3. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht? ja nein

Der Behandelnde ist der Ehegatte das Kind ein Elternteil Beleg- Nr. _____
 (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)

4. **Nur bei Dienstunfällen, wenn ein Schadensersatz durch Dritte in Frage kommt (Bitte immer Unfallschilderung beifügen)**

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht (Fremdverschulden) ja nein

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Kostenträgers oder Ersatzpflichtigen

5. Auf die hiermit beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten ja nein

B

