

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

Landesbesoldungsamt
 Mecklenburg-Vorpommern
 Postfach 12 25
 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.

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

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

B

6. Ich bitte um Überweisung auf das Gehaltskonto
 einmalig auf folgendes Sonderkonto
 ständig auf folgendes Sonderkonto

IBAN	BIC
Name des Geldinstituts	Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Bei Antragstellung durch Bevollmächtigten oder Betreuer bitte entsprechenden Nachweis beifügen!

Die Erstattungssumme ist zu überweisen auf das Konto des folgenden Bevollmächtigten oder des Betreuers

Name	Vorname
IBAN	BIC
Name des Geldinstituts	Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Zusammenstellung der Aufwendungen

Art der Leistung Ä = ärztliche Behandlung Z = zahnärztliche Behandlung K = Krankenhaus/ Anschlussheilbehandlung
 R = Rezepte A = andere Leistungen S = Sanatorium/Heilkur

Beleg-Nr.	Art der Leistung	Rechnungsdatum	Betrag in €

Ich bestätige, dass

- in den eingereichten Rechnungen, **ausschließlich Aufwendungen für Leistungen zur Behandlung der Unfallfolgen** enthalten sind,
- die Rezepte **nur unfallbedingte Medikamente** enthalten,
- für die eingereichten Rechnungen/Rezepte **keine Beihilfe nach den Beihilfavorschriften** gewährt wurde und
- für die hier beantragten Rechnungen/Rezepte **keine Erstattung von dritter Seite (insbesondere privater Krankenversicherung)** erfolgt ist.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Erstattung von Unfallfürsorgeleistungen sind und dass ich persönliche Veränderungen, die auf die Erstattungshöhe Einfluss haben, wie nachträgliche Preisermäßigungen oder Nachlässe auf die Kosten, dem Landesbesoldungsamt/Unfallfürsorge anzuzeigen habe.

Ort, Datum	Unterschrift des Beamten
------------	--------------------------