

Eingangsstempel

Anzahl der Belege	
Gesamtbetrag der Aufwendungen	Euro

Vertrauliche Personalangelegenheit

dem Bescheid soll ein neuer Papiervordruck beigefügt werden (Vordruck 035 072)

Vordrucke sind auch abrufbar unter:
www.lsaur.de/bzstlsa

Antrag auf Erstattung von Dienstunfallkosten nach der Heilverfahrensverordnung (HeilvFV)

Name, Vorname der/des Erstattungsberechtigten	geboren am	Personal-Nr.
Wohnanschrift (nur bei Erstantrag oder Änderung)		Telefon/Hausruf ¹⁾
Nur für aktive Beschäftigte		
<input type="checkbox"/> Der Erstattungsbescheid soll an die Wohnanschrift gesendet werden, wegen		
<input type="checkbox"/> Beurlaubung (z. B. Mutterschutz, Elternzeit)	<input type="checkbox"/> Altersteilzeitfreistellungsphase	<input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung
<input type="checkbox"/> Erstantrag: Eine Kopie der Dienstunfallanerkennung durch die Personaldienststelle ist beizufügen.		
<input type="checkbox"/> Folgeantrag: Dienstunfallanerkennung mit Verfügung	Aktenzeichen	vom (Datum)
Bei Verlängerung der Heilbehandlungsdauer oder weiterer Diagnosen ist eine Kopie der erneuten Anerkennung beizufügen.		
Die Überweisung soll erfolgen auf		
<input type="checkbox"/> das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.		
<input type="checkbox"/> das folgende Konto:		
Geldinstitut	Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	
IBAN	D E	
BIC		
Erklärung		
Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und habe die Belege beigefügt. Diese enthalten nur Aufwendungen, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Dienstunfall stehen. Hierzu wurde keine Beihilfe nach den Beihilfavorschriften beantragt oder gewährt. Ich versichere, dieselben Kosten nicht noch einmal im Wege der Beihilfe geltend zu machen. Eine Kostenerstattung durch Dritte erfolgt nicht.		
Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers / des Vertreters	bei Vertretung: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

