|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name/Vorname | Personalnummer | Datum |
| Dienststelle/Stellenzeichen | Telefon |  |

**Landesverwaltungsamt Berlin**

**PS Q 1/2**

Durch Fach

**Antrag auf Erstattung von Heilbehandlungskosten nach § 33 LBeamtVG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anlässlich meines am | | | |  | | | erlittenen Dienstunfalls sind folgende Kosten entstanden: | | |
|  | | | | | | | | | |
| Rechnungsdatum | | | Art der Leistung  (ärztl. Behandlung, VO, Krankenhausaufenthalt, etc.) | | | | | Betrag | |
|  | | |  | | | | |  | € |
|  | | |  | | | | |  | € |
|  | | |  | | | | |  | € |
|  | | |  | | | | |  | € |
|  | | |  | | | | |  | € |
|  | | |  | | | | |  | € |
|  | | |  | | | | |  | € |
|  | | |  | | | | |  | € |
| **insgesamt** | | | | | | | |  | **€** |
|  | | | | | | | | | |
| Ich bitte um Erstattung der Kosten | | | | | | | | | | |
|  | | auf mein Gehaltskonto | | | | | | | | |
|  | | auf folgendes Konto: | | | | | | | | |
|  | | Name des Geldinstituts: | | | |  | | | | |
|  | | IBAN |  | | | DE |  | | | |

**Die Originalrechnungsbelege sind als Anlage beigefügt.**

**Erklärung des Antragstellers:**

**Sämtliche aufgeführten Kosten sind durch den Dienstunfall verursacht worden. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde weder ein Erstattungsantrag bei der Beihilfestelle, noch bei meiner Krankenversicherung gestellt.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die unfallbedingte Heilbehandlung ist hiermit abgeschlossen. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Unterschrift |  |