|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |