
Name, Vorname

Straße / Hausnummer

Sachgebiet / Vers.-Nr.

PLZ / Ort

Tel-Nr.

Datum

**Landesverwaltungsamt Berlin
VB V**

10702 Berlin

Bitte beachten Sie, dass eine Erstattung regelmäßig erst zum nächsten Abrechnungszeitraum zusammen mit ihren Versorgungsbezügen erfolgen kann.

Antrag auf Erstattung von Heilbehandlungskosten nach § 33 LBeamtVG

Anlässlich meines am _____ erlittenen Dienstunfalls sind folgende Kosten entstanden:

Beleg-Nr.	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag in €
insgesamt		€

Ich bitte um Erstattung dieser Kosten im Rahmen des Heilverfahrens nach § 33 LBeamtVG auf das Konto

- das Pensions-Konto
 folgende sonstige Kontoverbindung:

Empfänger

Kto.-Nr.

Name des Geldinstituts

BLZ

IBAN

DE

SWIFT - Code (BIC)

Die Originalrechnungsbelege sind beigelegt.

- Ich erkläre, dass sämtliche aufgeführten Kosten durch den Dienstunfall verursacht worden sind.
 Die oben aufgeführten Rechnungen enthalten Aufwendungen, die **nicht** dienstunfallbedingt sind. Diese Teile sind in der Anlage kenntlich gemacht.

Ich erkläre, dass für die geltend gemachten Aufwendungen keine Kostenerstattung bei der Beihilfestelle bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt wurde und auch in Zukunft nicht beantragt wird.

Im übrigen bin ich mir meiner Verpflichtung bewusst, eine Kostenerstattung von dritter Seite sowie nachträglich gewährte Preisnachlässe der Unfallfürsorgestelle beim Landesverwaltungsamt unverzüglich anzuzeigen.

- Bitte übersenden Sie mir einen weiteren Antrag

Unterschrift