_____	_____
Name, Vorname	Straße / Hausnummer
_____	_____
Sachgebiet / Vers.-Nr.	PLZ / Ort
	_____
	Tel-Nr.
	_____
	Datum

Landesverwaltungsamt Berlin
PS 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 beigefügt.

☐ 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

Sollten Sie Unterlagen auf dem Postweg einreichen, sind diese wegen der maschinellen Weiterverarbeitung weder zu heften, zu klammern, zu kleben oder mit Haftnotizen zu versehen.

Stand 04.2023