

# Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens im Rahmen der Dienstunfallfürsorge (§ 37 NBeamtVG)

(Bitte füllen Sie diesen Vordruck **deutlich lesbar** – möglichst  
in **Druckbuchstaben** - aus)

Personalnummer/Aktenzeichen	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

Bedienstete(r)/Versorgungsempfänger	
Name	Vorname

Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfe Scan Center  
Postfach 91 12 18  
30432 Hannover

## Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für durch die Behandlung der **Dienstunfallfolgen** entstandenen Aufwendungen für den folgenden Dienstunfall (bitte unbedingt angeben, da eine Bearbeitung des Antrages sonst nicht erfolgen kann):

Datum des  
Dienstunfalls:

Datum der Dienst-  
unfallanerkennung:

Behörde/Personalstelle, durch die  
der Dienstunfall anerkannt wurde:

Name/Bezeichnung/Aktenzeichen

**Hinweis:** Eine Erstattung der dienstunfallbedingten Aufwendungen kann erst nach Vorliegen eines Anerkennungsbescheides der zuständigen Behörde/Personalstelle erfolgen.

Anzahl der **beigefügten Originalbelege** :

## Bei Antragstellung durch Bevollmächtigten oder Betreuer

Die Erstattung dieses Antrages ist zu überweisen auf das Konto des folgenden Bevollmächtigten oder Betreuers:

Name

Vorname

## Erklärung

Ich versichere die **Richtigkeit und Vollständigkeit** meiner Angaben.

Weiterhin bestätige ich,

- dass in den Belegen **ausschließlich Aufwendungen** enthalten sind, die den oben angeführten Dienstunfall betreffen und
- dass hierauf **keine Beihilfe nach den Beihilfevorschriften** gewährt wurde,
- dass hierauf **keine Erstattung von dritter Seite (insbesondere private Krankenversicherung)** erfolgt ist.

Mit der Speicherung der für die Erstattung von Heilverfahrenskosten notwendigen medizinischen Daten bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift