

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
Beihilfestelle Aurich
Postfach 1640
26586 Aurich**

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 Dienstunfall-
anerkennung

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.

Bei Antragstellung durch Bevollmächtigten oder Betreuer

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

Name	Vorname
------	---------

Anzahl der **beigefügten Originalbelege** :

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------