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 Dienstunfallanerkennung: _____

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 Belege**: _____

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