

Eingangsstempel

Anzahl der Belege	
Gesamtbetrag der Aufwendungen	Euro

## Vertrauliche Personalangelegenheit

dem Bescheid soll ein neuer Papiervordruck beigefügt werden (Vordruck 035 072)

Vordrucke sind auch abrufbar unter:  
[www.lsaur.de/bzstlsa](http://www.lsaur.de/bzstlsa)

## Antrag auf Erstattung der Aufwendungen eines Dienstunfalls nach der Heilverfahrensverordnung Sachsen-Anhalt (HeilvVO LSA)

Name, Vorname der/des Erstattungsberechtigten	geboren am	Personal-Nr.
Wohnanschrift (nur bei Erstantrag oder Änderung)		Telefon/Hausruf <sup>1)</sup>
Nur für <b>aktive</b> Beschäftigte		
<input type="checkbox"/> Der Erstattungsbescheid soll an die Wohnanschrift gesendet werden, <b>wegen</b>		
<input type="checkbox"/> Beurlaubung (z. B. Mutterschutz, Elternzeit)	<input type="checkbox"/> Altersteilzeitfreistellungsphase	<input type="checkbox"/> langfristiger Erkrankung
<input type="checkbox"/> Erstantrag: Eine Kopie der Dienstunfallanerkennung durch die Personaldienststelle ist beizufügen.		
<input type="checkbox"/> Folgeantrag: Dienstunfallanerkennung mit Verfügung	Aktenzeichen	vom (Datum)
Bei Verlängerung der Heilbehandlungsdauer oder weiterer Diagnosen ist eine <b>Kopie der erneuten Anerkennung</b> beizufügen.		
Die Überweisung soll erfolgen auf		
<input type="checkbox"/> das Konto, auf das meine Bezüge/Versorgungsbezüge überwiesen werden.		
<input type="checkbox"/> das folgende Konto:		
Geldinstitut	Kontoinhaber/in (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	
IBAN	D E	
BIC		
<b>Erklärung</b>		
Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und habe die Belege beigefügt. Diese enthalten nur Aufwendungen, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Dienstunfall stehen. Hierzu wurde keine Beihilfe nach den Beihilfavorschriften beantragt oder gewährt. Ich versichere, dieselben Kosten nicht noch einmal im Wege der Beihilfe geltend zu machen. Eine Kostenerstattung durch Dritte erfolgt nicht.		
Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers/ der Vertreterin/des Vertreters	bei Vertretung: <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei

### Allgemeine Hinweise

Für jede Aufwendung ist ein **Beleg** beizufügen.

Ein Voranerkennungsverfahren ist vor Beginn für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, eine psychotherapeutische Behandlung, für Hilfsmittel, deren Kosten einschließlich Zubehör 1.000 Euro übersteigen, für eine blindentechnische bzw. vergleichbare Grundausbildung, für die Gewährung einer Kraftfahrzeug-Hilfe, zum Erwerb einer Fahrerlaubnis und bei Wohnraumanpassungen erforderlich. Bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen u. ä. wird die vorherige schriftliche Verordnung eines Arztes benötigt. Bei Pflegeheimkosten fügen Sie bitte stets auch die Pflegekostentarife bei.

Hiermit beantrage ich die Erstattung folgender Dienstunfallkosten:			durch die Festsetzungsstelle auszufüllen	
Datum der Rechnung	Aussteller der Rechnung	Rechnungsbetrag Euro, Cent	abzusetzen Euro, Cent	zu erstatten Euro, Cent
<b>Gesamtsumme</b>				
durch die Festsetzungsstelle auszufüllen				
sachlich und rechnerisch richtig			geprüft	
_____			_____	
Datum/Nz.			Datum/Nz.	