

Antragsteller/in Name		Postleitzahl, Wohnort	
Antragsteller/in Vorname	Geburtsdatum	Straße, Nr.	
VKPB Postfach 10 41 62 44 041 Dortmund		Telefon dienstl.      privat	
		<i>(Angabe ist freiwillig)</i>	
		Dienstherr:	
		Beihilfenummer:	

## Antrag auf Erstattung von Heilbehandlungskosten anlässlich eines Dienstunfalls

(Bitte die Kosten einzeln auf der Rückseite eintragen)

Dienstunfall vom
------------------

Überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf mein Konto

IBAN:											
D	E										
Geldinstitut											

### Hinweis:

Kostenersatz kann nur auf Vorlage von Originalbelegen gewährt werden. Beachten Sie bitte, dass alle Belege mit Diagnoseangaben versehen sind. Sollten in den Rechnungen auch dienst-unfallunabhängige Kosten enthalten sein, müssen die unfallabhängigen Kosten unbedingt vom/von der Behandler/in kenntlich gemacht werden.

Bitte beachten Sie, dass Dienstunfälle nur in den Fällen abgerechnet werden können, in denen eine Anerkennung durch den Dienstherrn erfolgt ist.

**Zusammenstellung der entstandenen Aufwendungen**

						<i>Wird von der VKPB ausgefüllt</i>	
1	2	4		5		6	
Beleg Nr.	Rechnungs- datum	Rechnungs- betrag		Davon erstattungs- fähig		Bearbeitungsvermerk	
		EURO	Cent	EURO	Cent		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
<b>Summe:</b>							

Mir ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Gewährung von Dienstunfallfürsorgeleistungen sind und dass ich auch nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sofort der VKPB schriftlich anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher weder Dienstunfallfürsorge noch andere Leistungen (z. B. Beihilfe) beantragt, auch nicht bei einer anderen Stelle oder durch eine andere Person.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

<i>Wird von der VKPB ausgefüllt</i>	
Sachlich richtig und festgestellt	
Datum	Name