



Kommunaler Versorgungsverband  
Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

## Antrag auf Erstattung von Heilbehandlungskosten anlässlich eines Dienstunfalls

(Bitte die Kosten einzeln auf der Folgeseite eintragen)

1.	Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
	Straße und Haus-Nr.	
	Postleitzahl und Wohnort	Telefon-Nr. privat
		Telefon-Nr. dienstlich
2.	Aufwendungen beziehen sich auf den Dienstunfall vom:	
3.	Der Erstattungsbetrag soll überwiesen werden auf	
	IBAN	BIC

<p><b><u>Hinweise:</u></b></p> <p>Kostenersatz kann nur auf Vorlage von <b>Originalbelegen</b> gewährt werden.</p> <p>Beachten Sie bitte, dass alle Belege mit Diagnoseangaben versehen sind.</p> <p>Sollten in den Rechnungen auch dienstunfallunabhängige Kosten enthalten sein, müssen diese unbedingt vom Behandler kenntlich gemacht werden.</p>
---

<p>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 dem Versorgungsverband schriftlich anzuzeigen habe.</p> <p>Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde Dienstunfallfürsorge bisher nicht beantragt, auch nicht bei einer anderen Stelle durch eine andere Person.</p> <p>Datum <span style="float: right;">Unterschrift</span></p> <p>_____</p>
---

## Zusammenstellung der entstandenen Aufwendungen

				Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt	
1	2	3	4	5	6
Beleg Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungs- aussteller	Rechnungs- betrag	davon erstattungs- fähig	Bearbei- tungs- vermerk
<b>Summe</b>					

Im Einzelfall ist auch eine Überweisung an den Rechnungsaussteller möglich. Bitte ggf. nachstehend die entsprechenden Belegnummern angeben:

---



---

<b>Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt</b>
Sachlich richtig und festgestellt
Name, Datum _____