

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

Hinweise:	<p>Kostenersatz kann nur auf Vorlage von Originalbelegen 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>	
Datum	Unterschrift
_____	_____

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
Summe					

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

Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt
Sachlich richtig und festgestellt
Name, Datum _____