

Antrag auf Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen

- NUR FÜR BEAMTE -

DAS FORMULAR IST GUT LESBAR IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name, Vorname, Amtsbezeichnung, Besoldungsgruppe	LBV Personalnummer
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefonnummer und ggf. E-Mail)	
Dienststelle mit und Dezernat oder Schule vollständiger Anschrift:	

Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 12
Cecilienallee 2
40474 Düsseldorf

Anlage: Rechnung / en	WICHTIG: Die Dienstunfallfürsorge bekommt zur Erstattung alle vom Rechnungssteller ausgefertigten Exemplare einer Rechnung. Die dienstunfallbedingten Rechnungen verbleiben nach der Erstattung in der Dienstunfallakte beim Dienstherrn.
-----------------------------	--

Ich bitte um Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen.

Dienstunfall am:	Anerkannt am:	Aktenzeichen:
------------------	---------------	---------------

Beleg-Nr.:	Leistungen erbracht durch (z.B. Name des Arztes):	Rechnungsdatum:	Rechnungsbetrag:

Die Unfallfürsorgeleistungen sollen überwiesen werden auf:

IBAN	BIC:	Name des Geldinstituts
------	------	------------------------

Eine Erstattung ist nur auf das Konto des Antragstellers möglich! Zahlungen an Rechnungssteller sind nicht möglich. Mit meiner unten stehenden Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Erklärung Ich erkläre hiermit, dass (Bei den auf der rechten Seite stehenden Ziffern 3. und 4. ist das entsprechende zwingend anzukreuzen!!!)	<ol style="list-style-type: none">1. die o. g. Kosten nicht bei der Beihilfe / privaten Krankenversicherung oder sonstigen Kostenträgern geltend gemacht wurden bzw. werden.2. die o. g. Kosten ausschließlich im Zusammenhang mit dem Dienstunfall entstanden sind.3. a) <input type="checkbox"/> die Behandlung abgeschlossen ist und es werden keine Rechnungen mehr eingereicht. b) <input type="checkbox"/> die Behandlung ist noch nicht abgeschlossen ist, bzw. erwarte ich noch Abrechnungen.4. a) <input type="checkbox"/> erwerbsmindernde Folgen nicht zurückgeblieben sind. b) <input type="checkbox"/> erwerbsmindernde Folgen nach dem beiliegendem Attest zurückgeblieben sind. c) <input type="checkbox"/> ich mich hierzu zurzeit noch nicht äußern kann. Eine abschließende Erklärung zur Frage von erwerbsmindernden Folgen werde ich nachreichen.
Ort, Datum	Unterschrift