

# 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	<b>WICHTIG:</b> 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.**

<b>Erklärung</b> Ich erkläre hiermit, dass  <b>(Bei den auf der rechten Seite stehenden Ziffern 3. und 4. ist das entsprechende zwingend anzukreuzen!!!)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. die o. g. Kosten nicht bei der Beihilfe / privaten Krankenversicherung oder sonstigen Kostenträgern geltend gemacht wurden bzw. werden.</li><li>2. die o. g. Kosten ausschließlich im Zusammenhang mit dem Dienstunfall entstanden sind.</li><li>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.</li><li>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.</li></ol>
Ort, Datum	Unterschrift