

Antrag auf Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen



- NUR FÜR BEAMTINNEN UND BEAMTE -

DIESES FORMULAR IST GUT LESBAR IN BLOCKSCHRIFT AUSZUFÜLLEN!

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

Bezirksregierung Düsseldorf
Personalpost / Dezernat 12
Cecilienallee 2
40474 Düsseldorf

Anlage: Rechnung / en bzw. Beleg / e	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 der Ärztin bzw. des Arztes):	Rechnungsdatum:	Rechnungsbetrag:

Die Unfallfürsorgeleistungen sollen überwiesen werden auf:

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

**Erstattungen können nur auf Konten von antragsstellenden Personen erfolgen, Zahlungen an Andere 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 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