



# Antrag auf Erstattung von Heilbehandlungskosten anlässlich eines Dienstunfalls



<b>BF</b>	Personalnummer	/DU
	Dienstunfall vom	

**Kommunaler Versorgungsverband  
Baden-Württemberg**  
- Beihilfeabteilung -  
Ludwig-Erhard-Allee 19  
76131 Karlsruhe

### Hinweise:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

### 1. Angaben zum Antragsteller

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Amtsbezeichnung			Versorgungsempfänger
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Telefonnummer (Angabe freigestellt)	Derzeitiger oder früherer Dienstherr/Arbeitgeber		

### 2. Bei Feuerwehrbeamten

Wird vom Dienstherrn Heilfürsorge nach der Heilfürsorgeverordnung gewährt (ggf. inwieweit)?	ja	nein
---	----	------

### 3. Überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf meinem Konto

IBAN	BIC
Geldinstitut	Kontoinhaber, Name, Vorname

### 4. Hinweise

- Kostenersatz kann nur auf Vorlage der Rechnungsbelege gewährt werden.
- Tragen Sie die Kosten bitte einzeln auf der Rückseite ein.
- Beachten Sie bitte, dass alle Belege mit Diagnoseangaben versehen sind.
- Sollten in den Rechnungen auch dienstunfallunabhängige Kosten enthalten sein, müssen die unfallabhängigen Kosten unbedingt vom Behandler kenntlich gemacht werden.

**5. Zusammenstellung der entstandenen Aufwendungen**

Beleg-Nr.	Datum der Rechnung	Rechnungs-aussteller	Rechnungs-betrag	Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt	
				davon er-stattungsfähig	Bearbeitungsvermerk
<b>Summe</b>					

**6.** 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.  
Für die geltend gemachten Aufwendungen wurden bisher keine Leistungen beantragt, auch nicht bei einer anderen Stelle (z. B. Beihilfe, Krankenversicherung) oder durch eine andere Person.

Ort, Datum

Unterschrift

**7. Wird vom Versorgungsverband ausgefüllt**

Sachlich richtig und festgestellt

Datum

Name