|  |
| --- |
| **Erstattung der Heilbehandlungskosten**  **gem. § 33 BeamtVG** |

Hinweis: Die eingegebenen Daten werden automatisch in die Fertigung für das LBV übertragen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Regierungspräsidium Freiburg**  **Abteilung 7**  **79095 Freiburg i. Br.** | **Fertigung für das**  **Regierungspräsidium Freiburg - Abteilung 7** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Personalnummer beim LBV | | | | | | | | Arbeitsgebiet (Besoldung) | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Name, Vorname |
| Geburtsdatum |
| Amts- bzw. Dienstbezeichnung |
| Schule: Name, Schulart, PLZ, Schulort |
| Staatliches Schulamt |
| Datum des Dienstunfalls |
| Schreiben des Regierungspräsidiums Freiburg - Abteilung 7 über die Anerkennung als Dienstunfall  vom:       Aktenzeichen: |
| Schreiben des Regierungspräsidiums Freiburg - Abteilung 7 über die Genehmigung einer Heilkur  vom:       Aktenzeichen:  Heilkur wurde durchgeführt in der Zeit  vom:       bis: |
| Hiermit bitte ich um Erstattung der umseitig zusammengestellten notwendigen und angemessenen Kosten, die mir durch die Heilbehandlung meiner Dienstunfallverletzung entstanden sind.  03314-01/04.03  Eine Beihilfe zu diesen Kosten durch das Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg habe ich weder beantragt noch erhalten.  Die Heilbehandlung ist  abgeschlossen.  noch nicht abgeschlossen, den endgültigen Abschluss des Heilverfahrens werde ich dem Regierungspräsidium Freiburg - Abteilung 7 unverzüglich mitteilen.  Anl.: Originalbelege  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Zusammenstellung der Heilbehandlungskosten**  **Hinweis:**  1. Taxikosten können nur erstattet werden, wenn vom behandelnden Arzt die unfallbedingte Notwendigkeit der Taxifahrt bescheinigt wird.  2. Telefonkosten können grundsätzlich nicht erstattet werden. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nicht vom Antragsteller auszufüllen** | |
| Beleg Nr. | Aussteller der Rechnung (Arzt, Krankenhaus) | Datum der Rechnung, des Rezepts | Art der Aufwendungen (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus von - bis, Rezept) | Betrag  Euro | Cent | Erstattungs-fähige Kosten  Euro | Cent |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Gesamtbetrag** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Erstattung der Heilbehandlungskosten**  **gem. § 33 BeamtVG** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Regierungspräsidium Freiburg**  **Abteilung 7**  **79095 Freiburg i. Br.** | **Fertigung für das LBV**  - bitte über das Regierungspräsidium Freiburg, Abteilung 7, einreichen - |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Personalnummer beim LBV | | | | | | | | Arbeitsgebiet (Besoldung) | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Name, Vorname |
| Geburtsdatum |
| Amts- bzw. Dienstbezeichnung |
| Schule: Name, Schulart, PLZ, Schulort |
| Staatliches Schulamt |
| Datum des Dienstunfalls |
| Schreiben des Regierungspräsidiums Freiburg - Abteilung 7 über die Anerkennung als Dienstunfall  vom:       Aktenzeichen: |
| Schreiben des Regierungspräsidiums Freiburg - Abteilung 7 über die Genehmigung einer Heilkur  vom:       Aktenzeichen:  Heilkur wurde durchgeführt in der Zeit  vom:       bis: |
| Hiermit bitte ich um Erstattung der umseitig zusammengestellten notwendigen und angemessenen Kosten, die mir durch die Heilbehandlung meiner Dienstunfallverletzung entstanden sind.  03314-01/04.03  Eine Beihilfe zu diesen Kosten durch das Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg habe ich weder beantragt noch erhalten.  Die Heilbehandlung ist  abgeschlossen.  noch nicht abgeschlossen, den endgültigen Abschluss des Heilverfahrens werde ich dem Regierungspräsidium Freiburg - Abteilung 7 unverzüglich mitteilen.  Anl.: Originalbelege  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Zusammenstellung der Heilbehandlungskosten**  **Hinweis:**  1. Taxikosten können nur erstattet werden, wenn vom behandelnden Arzt die unfallbedingte Notwendigkeit der Taxifahrt bescheinigt wird.  2. Telefonkosten können grundsätzlich nicht erstattet werden. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nicht vom Antragsteller auszufüllen** | |
| Beleg Nr. | Aussteller der Rechnung (Arzt, Krankenhaus) | Datum der Rechnung, des Rezepts | Art der Aufwendungen (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhaus von - bis, Rezept) | Betrag  Euro | Cent | Erstattungs-fähige Kosten  Euro | Cent |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Gesamtbetrag** |  |  |  |  |