

**Antrag auf Erstattung
von Kosten eines Heilverfahrens**

im Rahmen der Dienstunfallfürsorge
(§ 37 BremBeamtVG)

(Bitte füllen Sie diesen Vordruck **deutlich lesbar** – möglichst
in **Druckbuchstaben** – aus

Name :	Vorname :
Geburtsdatum :	Personalnummer:
Dienststelle:	Postfachnummer:
BIC: IBAN:	E-mail:

**Performa Nord
Beamtenrechtliche Unfallfürsorge**

P 3/2- - Dienstunfall -

Schillerstraße 1
28195 Bremen

Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für durch die Behandlung der **Dienstunfallfolgen** entstandenen Aufwendungen - wie umseitig aufgelistet- für den folgenden Dienstunfall (bitte unbedingt angeben, da die Bearbeitung sonst nicht erfolgen kann):

Datum des Dienstunfalls:	Datum der Dienstunfallanerkennung:
--------------------------	------------------------------------

Hinweis:

Eine Erstattung erfolgt nur bei Vorlage der Originalrechnungen an die/den verletzten Beamtinnen/Beamten selbst.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Weiterhin bestätige ich, <ul style="list-style-type: none">- dass in den Belegen ausschließlich Aufwendungen enthalten sind, die den oben angeführten Dienstunfall betreffen und- dass hierzu keine Beihilfe nach den Beihilfevorschriften gewährt wurde,- dass hierauf keine Erstattung von dritter Seite (insbesondere private Krankenversicherung) erfolgt ist	
Ort, Datum	Unterschrift

