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

Performa Nord
Beamtenrechtliche Unfallfürsorge
P 5 - - 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:

<u>Hinweis:</u>

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,

- 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

bitte wenden

Lfd. Nr.	Rechnungs-Datum	Art der Aufwendungen	Rechnungsbetrag