

Name, Vorname des Beamten, Amts- oder Dienstbezeichnung		Anwendernummer / Personalnummer					
		0 0 1 /					
Beschäftigungsdienststelle		Bearbeiternummer	Geburtsdatum		Telefonnummer		

Landesamt für Finanzen  
 Mecklenburg-Vorpommern  
 Postfach 12 25  
 17222 Neustrelitz

## Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens im Rahmen der Dienstunfallfürsorge (§ 33 LBeamtVG M-V)

Bitte legen Sie dem Bescheid einen neuen Antrag bei

<b>Antragssumme</b>	€
<b>davon Krankenhauskosten</b>	€

1. Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung für Aufwendungen, die durch die Behandlung der Dienstunfallfolgen entstanden sind.

Datum des Dienstunfalls  Datum der Dienstunfallanerkennung   
 (Bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Hat sich der Unfall während der Ausübung des Dienstes ereignet?  ja  nein

Behörde/Personalstelle, durch die der Dienstunfall anerkannt wurde  Name/Bezeichnung/Aktenzeichen

**Hinweise:** - Eine Erstattung der dienstunfallbedingten Aufwendungen kann erst nach Vorliegen eines Anerkennungsbescheides der zuständigen Behörde/Personalstelle erfolgen.

**Bitte keine Originalbelege einreichen, da diese eingescannt und nicht zurückgeschickt werden!**

2. Erhalten Sie freie Heilfürsorge?  ja  nein
3. Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?  ja  nein

Der Behandelnde ist  der Ehegatte  das Kind  ein Elternteil Beleg- Nr. \_\_\_\_\_  
 (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)

4. **Nur bei Dienstunfällen, wenn ein Schadensersatz durch Dritte in Frage kommt (Bitte immer Unfallschilderung beifügen)**

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht (Fremdverschulden)  ja  nein

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Kostenträgers oder Ersatzpflichtigen

5. Auf die hiermit beantragte Kostenerstattung habe ich einen Abschlag erhalten  ja  nein

B

