|  |
| --- |
| **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 Dienstunfallvom:       Aktenzeichen:       |
| Schreiben des Regierungspräsidiums Freiburg - Abteilung 7 über die Genehmigung einer Heilkurvom:       Aktenzeichen:      Heilkur wurde durchgeführt in der Zeitvom:       bis:       |
| Hiermit bitte ich um Erstattung der umseitig zusammengestellten notwendigen und angemessenen Kosten, die mir durch die Heilbehandlung meiner Dienstunfallverletzung entstanden sind.03314-01/04.03Eine 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) | BetragEuro | Cent | Erstattungs-fähige KostenEuro | 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 Dienstunfallvom:       Aktenzeichen:       |
| Schreiben des Regierungspräsidiums Freiburg - Abteilung 7 über die Genehmigung einer Heilkurvom:       Aktenzeichen:      Heilkur wurde durchgeführt in der Zeitvom:       bis:       |
| Hiermit bitte ich um Erstattung der umseitig zusammengestellten notwendigen und angemessenen Kosten, die mir durch die Heilbehandlung meiner Dienstunfallverletzung entstanden sind.03314-01/04.03Eine 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) | BetragEuro | Cent | Erstattungs-fähige KostenEuro | Cent |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|   |       |       |       |       |   |       |   |
|  |  |  | **Gesamtbetrag** |       |   |       |   |