

Antrag auf Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen

- NUR FÜR VERSORGUNGSEMPFÄNGER -

Name, Vorname	Anschrift (Straße, PLZ, Ort)
Geburtsdatum	
ZBB - Personalnummer	Telefon

An die

Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg
- Bereich Fürsorgeleistungen -
Lipezker Straße 45, Haus 1
03048 Cottbus

► Geschäftszeichen (ZBB - Fürsorgeleistungen) ◀	Sachbearbeiter (ZBB - Fürsorgeleistungen, falls bekannt)
--------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Ich bitte um Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen.

Dienstunfall am	Anerkannt am	Anerkannt durch (Dienststelle)
-----------------	--------------	--------------------------------

Beleg-Nr.	Leistungen erbracht durch (z. B. Name des Arztes, der Apotheke etc.)	Rechnungsdatum	Rechnungsbetrag
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

insgesamt:

Euro

Die Unfallfürsorgeleistungen sollen überwiesen werden auf:

Name des Geldinstituts

BIC	IBAN
-----	------

Eine Erstattung ist nur auf das Konto des Antragstellers möglich!

Erklärung Ich erkläre hiermit, dass <u>(bei 3.: Zutreffendes bitte ankreuzen)</u>	1. die o. g. Kosten nicht bei der Beihilfe / privaten Krankenversicherung oder sonstigen Kostenträgern geltend gemacht wurden bzw. werden. 2. die o. g. Kosten ausschließlich im Zusammenhang mit dem Dienstunfall entstanden sind. 3. a) die Behandlung abgeschlossen ist und keine Rechnungen mehr eingereicht werden. 3. b) die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Eine abschließende Erklärung über die Beendigung der Behandlung werde ich nachreichen.
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mit der Speicherung der für die Erstattung von Heilverfahrenskosten notwendigen Daten bin ich einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------