

Erstattungsantrag auf Heilfürsorgeleistungen

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon (privat)
------------------------------	--------------	----------------------------

Polizeipräsidium für Service und IT
Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
Postfach 230 209
01112 Dresden

Versichertennummer

Anzahl der Belege

Wohnanschrift:			
Dienststelle:		Standort:	
Die Überweisung ist auf folgendes Konto vorzunehmen:			
IBAN:		BIC:	
Kontoinhaber:			

Zur Beachtung: Der Erstattungsantrag wird nur unter Vorlage von Nachweisbelegen bearbeitet. Ärztliche Verordnungen sind immer im Original vorzulegen. Die Belege sollten nicht geheftet sein, da diese eingescannt werden.

Es besteht für die in der Anlage geltend gemachten Aufwendungen anderweitiger/zusätzlicher Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber einem anderen Kostenträger (private Versicherung, Sozialversicherungsträger) oder nach einer anderen Rechtsvorschrift (Beamtenrecht).

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja:	Name des anderen Kostenträgers	
	Versicherungsschein-Nr. bei diesem Kostenträger	

Für die in der Anlage geltend gemachten Aufwendungen habe ich bei einem anderen Kostenträger einen Antrag auf Kostenerstattung gestellt bzw. beabsichtige, diesen noch zu stellen.

☐ Nein ☐ Ja (Bitte Abrechnungsnachweise des anderen Kostenträgers beifügen!)

1. Aufwendungen für Fahrtkosten

Fahrtkosten wurden notwendig aufgrund Inanspruchnahme:

☐ Krankenhausbehandlung	☐ Rehabilitationsmaßnahme (stationär)	☐ Rehabilitationsmaßnahme (ambulant)	☐	
Beginn:		Ende:		Behandlungstage:
				Ort:
☐	öffentlichen Verkehrsmitteln (Belege für Hin- / Rückfahrt sind beizufügen)			EUR
☐	PKW (gefahrte Kilometer Hin / Rückfahrt)			Km
☐	Gepäcktransport (Bitte Nachweise beifügen!)			EUR
☐	Mehraufwendungen aufgrund beigefügter ärztl. Bescheinigung (z.B. Begleitperson, höhere Wagenklasse in öffentlichen Verkehrsmitteln u. a.)			EUR
☐	Übernachungskosten aufgrund beigefügter ärztl. Bescheinigung und Belege			EUR
Anmerkungen:				

weitere Fahrtkosten wurden notwendig aufgrund Inanspruchnahme:

☐ Krankenhausbehandlung	☐ Rehabilitationsmaßnahme (stationär)	☐ Rehabilitationsmaßnahme (ambulant)	☐	
Beginn:		Ende:		Behandlungstage:
				Ort:
☐	öffentlichen Verkehrsmitteln (Belege für Hin- / Rückfahrt sind beizufügen)			EUR
☐	PKW (gefahrte Kilometer Hin / Rückfahrt)			Km
☐	Gepäcktransport (bitte Nachweise beifügen!)			EUR
☐	Mehraufwendungen aufgrund beigefügter ärztl. Bescheinigung (z.B. Begleitperson, höhere Wagenklasse in öffentlichen Verkehrsmitteln u. a.)			EUR
☐	Übernachungskosten aufgrund beigefügter ärztl. Bescheinigung und Belege			EUR
Anmerkungen:				

2. Aufwendungen für eine Begleitperson (Reha-Maßnahme, Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme, Krankenhausaufenthalt)

☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR

3. Aufwendungen für Sehhilfen

Brillengläser dürfen für die Erstausrüstung nur aufgrund einer augenärztlichen Verordnung beschafft werden. Lichtschutzgläser und Kontaktlinsen bedürfen auch für Folgebeschaffungen einer augenärztlichen Verordnung.

Brillenträger seit (Jahreszahl ist ausreichend)

☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR

4. Aufwendungen für Zahnersatz/Zahnkronen

☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR
☐		EUR

5. Aufwendungen bei Erkrankungen im Ausland

(Bitte reichen Sie die Nachweise und Belege zu den Aufwendungen in deutscher Sprache ein. Kosten für eine erforderliche Übersetzung der Belege werden nicht erstattet. Ausgenommen hiervon sind dienstlich veranlassten Auslandsaufenthalte.)

☐	Arztrechnungen	(Angabe in Landeswährung)	
☐	Arznei- und Verbandmittel	(Angabe in Landeswährung)	
☐	Krankenhausbehandlung	(Angabe in Landeswährung)	
☐	Krankentransport innerhalb des Urlaubsortes	(Angabe in Landeswährung)	
Umtauschkurs am Tag des Geschehens:			
Gesamtbetrag in EUR:			

Bitte erläutern Sie nachfolgend kurz die Notwendigkeit der erfolgten Behandlung im Ausland.
Bitte geben Sie der Behandlung zugrunde liegende Diagnosen an oder beschreiben Sie Ihr Krankheitsbild.

--

6. Aufwendungen für sonstige Leistungen

☐			EUR
☐			EUR
☐			EUR
☐			EUR
☐			EUR

7. Stehen die beantragten Erstattungen im Zusammenhang mit einem Dienstunfall/ Berufskrankheit/ Wehrdienstbeschädigung/ Verfolgtenleiden/ Impfschaden?

☐	Nein	☐	Ja / Wenn ja, welche	
☐	Nein	☐	Ja / Wenn ja, welche	

Bitte Kopie der Anerkennungsbescheide beifügen

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die Heilfürsorgestelle notwendige schriftliche oder telefonische Auskünfte über Belege bei dem Behandler oder dem Rechnungssteller einholen kann und entbinde hierzu die Behandler und/oder Leistungserbringer von ihrer ggfls. obliegenden Schweigepflicht. Mit der Übersendung entsprechend erforderlicher Unterlagen an die Heilfürsorge sowie deren Verwertung im Verwaltungsverfahren bin ich einverstanden. Diese Erklärung kann ich jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis gem. Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung:

Ihre Daten werden vom Polizeipräsidium für Service und IT, Sachgebiet Heilfürsorge zum Zwecke der Prüfung, Festsetzung und Zahlung des von Ihnen geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gem. den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Weitere datenschutzrechtliche Informationen erhalten Sie im Intranet unter:
<https://www.polizei.sachsen.de/de/8591.htm>