Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Erstattungsantrag auf Heilfürsorgeleistungen (Heilpraktikerleistung)

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

Polizeiverwaltungsamt
Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
Postfach 230 209
01112 Dresden

Versichertennummer

Anzahl der Belege

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

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.

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

Aufwendungen für Inanspruchnahme von Leistungen eines Heilpraktikers

☐ Leistungen des Heilpraktikers		**EUR**
☐ Vom Heilpraktiker verordnete Arznei - und Verbandmittel (Bitte Rezepte beifügen)		**EUR**
☐ Vom Heilpraktiker veranlasste Laborleistungen		**EUR**

Stehen die beantragten Erstattungen im Zusammenhang mit einem Dienstunfall/ Berufskrankheit/ Wehrdienstbeschädigung/ Verfolgtenleiden/ Impfschaden?		
☐ Nein	☐ Ja / Wenn ja, welche	
☐ Nein	☐ Ja / Wenn ja, welche	

Die Erstattung von Heilpraktiker-Leistungen erfolgt entsprechend den in den Beihilfevorschriften festgelegten Bemessungssätzen zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (50% oder einem erhöhten Bemessungssatz von 70% bzw. 90%).

Zur Bestimmung des Bemessungssatzes beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen.

Haben Sie mindestens 1 Kind, dass im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig war oder ist?

☐ Nein — **Anlage zu diesem Antrag muss nicht ausgefüllt werden.**

☐ ja — Bitte nachfolgende Frage beantworten und die Anlage zum Erstattungsantrag ausfüllen

Ist der andere Elternteil ebenfalls heilfürsorgeberechtigt (Freistaat Sachsen)?

☐ Nein

☐ Ja — Bitte nachfolgende Frage beantworten.

Wurde die Festlegung, wer den erhöhten Bemessungssatz von 70% bzw. 90% erhält, bereits getroffen?
(Hinweis: Die Festlegung kann grundsätzlich nur einmal getroffen werden.)

☐ Nein

☐ Ja

Angaben zum Berechtigten:	
Name, Vorname:	
Die Festlegung wurde getroffen am:	

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 Polizeiverwaltungsamt, 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

Anlage zum Erstattungsantrag (Heilpraktikerleistung) vom		
Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon

Erklärung zur Höhe des Bemessungssatzes bei Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen

Ist ein Kind im Familienzuschlag von verschiedenen Heilfürsorgeberechtigten berücksichtigungsfähig, ist eine Festlegung der Heilfürsorgeberechtigten zu treffen, wer für den Fall der Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Erstattung der Aufwendungen durch die Heilfürsorge den erhöhten Bemessungssatz von 70% bzw. 90% erhält.

Wird diese Erklärung gegenüber der Heilfürsorge nicht abgegeben, erhält nur der Heilfürsorgeberechtigte, der nachweislich den Anteil im Familienzuschlag erhält, den erhöhten Bemessungssatz.

Werden bei mehr als einem Kind jedem heilfürsorgeberechtigten Elternteil mindestens für ein Kind der Familienzuschlag gewährt und kommt keine gemeinsame Erklärung gegenüber der Heilfürsorge zustande, erhalten beide heilfürsorgeberechtigten Elternteile jeweils nur den Bemessungssatz von 50 % bei der Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen.

1) Berücksichtigungsfähige Kinder:

Angaben zu Ihren Kindern								
			Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag					
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Ist Ihr Kind berücksichtigungsfähig		Wegfall der Berücksichtigung im Familienzuschlag		Wiederaufnahme der Berücksichtigung im Familienzuschlag	
			Ja	Nein	Ja	ab	Ja	ab
1. Kind (K1)			☐	☐	☐		☐	
2. Kind (K2)			☐	☐	☐		☐	
3. Kind (K3)			☐	☐	☐		☐	
4. Kind (K4)			☐	☐	☐		☐	
5. Kind (K5)			☐	☐	☐		☐	

2) Anderer heilfürsorgeberechtigte Elternteil (Freistaat Sachsen):

Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

3) Wir bestimmen gemeinsam, dass die folgende Person den erhöhten Bemessungssatz aufgrund der oben genannten Kinder bei der Erstattung von Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Heilpraktiker-Leistungen erhält:

Name, Vorname

Wir versichern, dass keine weitere heilfürsorgeberechtigte Person den erhöhten Bemessungssatz für die genannten Kinder erhält. Uns ist bekannt, dass diese Bestimmung nur in Ausnahmefällen (beispielsweise im Scheidungsfall) neu getroffen werden kann. Diese Erklärung kann nicht einseitig aufgehoben werden.	
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller
Ort, Datum	Unterschrift andere heilfürsorgeberechtigte Person