

# Erstattungsantrag auf Heilfürsorgeleistungen

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:	
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

<b>Wenn ja:</b>	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:**

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

**weitere Fahrtkosten wurden notwendig aufgrund Inanspruchnahme:**

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

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

<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		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)

<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR

**4. Aufwendungen für Zahnersatz/Zahnkronen**

<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		EUR
<input type="checkbox"/>		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.)

<input type="checkbox"/>	Arztrechnungen	(Angabe in Landeswährung)	
<input type="checkbox"/>	Arznei- und Verbandmittel	(Angabe in Landeswährung)	
<input type="checkbox"/>	Krankenhausbehandlung	(Angabe in Landeswährung)	
<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>			EUR
<input type="checkbox"/>			EUR
<input type="checkbox"/>			EUR
<input type="checkbox"/>			EUR
<input type="checkbox"/>			EUR

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

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja / Wenn ja, welche	
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja / Wenn ja, welche	

Bitte Kopie der Anerkennungsbescheide beifügen

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

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	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

#### 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>