

Geschäftszeichen - bitte stets angeben

Eingangsstempel

Name und Anschrift des Antragstellers:

**- Vertrauliche Dienstunfallsache -**

Landesamt für Finanzen  
Dienststelle Weiden  
Bezügestelle Dienstunfall  
Postfach 10 02 07  
93002 Regensburg

## Antrag auf vorläufige Zahlung von Heilbehandlungskosten

Ich beantrage die vorläufige Erstattung der mir durch den Unfall entstandenen Kosten.

Wegen der mir anlässlich der unfallbedingten Heilbehandlung entstehenden / entstandenen notwendigen und angemessenen Kosten bitte ich, soweit diese Kosten (ohne Fahrtkosten) 200,- EUR übersteigen **und** mit einer baldigen Entscheidung nicht zu rechnen ist, um eine vorläufige Zahlung in Höhe der eingereichten / anliegenden / noch einzureichenden Rechnungen auf das Bezügekonto.

Die in Rechnung gestellten Heilbehandlungskosten werden / wurden von mir an die einzelnen Rechnungssteller überwiesen.

**Hinweis:**

Eine unmittelbare Überweisung durch das Landesamt für Finanzen an die jeweilige Rechnungssteller ist grundsätzlich nicht möglich, da zwischen dem Landesamt für Finanzen und den Rechnungsstellern kein Vertragsverhältnis besteht. Der Erstattungsbetrag der Unfallkosten wird auf das Bezügekonto überwiesen.

**A. Verletzter:**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1. Vor- und Zuname<br>Geburtsdatum |  |
| 2. Tel.: dienstlich<br>privat:     |  |

|   |  |
|---|--|
| 3. Dienst- / Amtsbezeichnung<br>Besoldungsgruppe  |  |
| 4. Anschrift des Hauptwohnsitzes<br>(Familienwohnung)   |  |
| 5. Zuständige Beihilfestelle<br>Beihilfeaktenzeichen  |  |
| <b>6. Nur von Polizeibeamten auszufüllen!</b><br>Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |

**B. Dienstverhältnis des Verletzten am Unfalltag:**

|  |  |
|--|--|
| 1. Bezeichnung und Anschrift der Dienststelle  |  |
| 2. Ggf. Bezeichnung u. Anschrift der auswärtigen<br>Dienst- / Beschäftigungsdienststelle am<br>Unfalltag |  |
| 3. Am Unfalltag festgelegte Dienstzeit (bei<br>Gleitzeit: Rahmen- und Kernzeit)                          |  |

**C. Angaben zum Unfallereignis:**

(Nur erforderlich, soweit der Unfall noch nicht als Dienstunfall anerkannt wurde)

|   |  |
|---|--|
| 1. Datum, Uhrzeit und Ort des Unfalles: |  |
|---|--|

2. Unfallschilderung (Ursachen und Hergang des Unfalles und die dabei erlittenen Verletzungen):

#### D. Erklärung

|  |
|--|
| 1. Sollte der Unfall nicht als Dienstunfall anerkannt werden oder die in Rechnung gestellten Heilbehandlungskosten letztlich nicht als dienstunfallbedingt notwendig und/oder angemessen bewertet werden können, so ergibt sich ein Anspruch des Freistaates Bayern auf Rückforderung dieses Betrages.   |
| 2. In diesem Fall erkläre ich mich damit einverstanden, den Rückforderungsbetrag innerhalb von zwei Monaten ab Rückforderung zurückzuzahlen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass innerhalb dieser Frist die Leistungen von der Krankenversicherung und der Beihilfestelle zu erhalten sind.   |
| 3. Für den Fall, dass eine vorläufige Zahlung im Rahmen der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge nicht in Betracht kommt, bin ich zur einstweiligen Kostenerstattung mit der Weiterleitung einer Kopie dieses Antrages und von Belegkopien an die zuständige Bezügestelle Beihilfe einverstanden und stelle für diese Aufwendungen hiermit gleichzeitig einen Antrag auf Beihilfe. Ich versichere, dass sich bei den Fragen 4 - 7 auf dem Beihilfeantrag seit der letzten Stellung eines Beihilfeantrages nichts geändert hat. Für die Fragen 8 - 10 des Beihilfeantrages lege ich einen Nachweis bei, falls diese zutreffen. Ggf. bin ich damit einverstanden, dass auch dieser Nachweis in Kopie an die zuständige Bezügestelle Beihilfe übermittelt wird.<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden?<br>Ja (Bitte Kopie der unterschriebenen Wahlleistungsvereinbarungen beifügen)                      Nein   |

Informationen zur Verarbeitung der Daten und zu den diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter [www.lff.bayern.de/ds-info](http://www.lff.bayern.de/ds-info) oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer 0931 4504-6770.

(Bei Verhinderung Unterschrift des Vertreters mit Bezeichnung des Vertretungsverhältnisses).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verletzten Beamten oder Vertreters