

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 Kostenübernahme bei stationärer Behandlung**

Ich beantrage für den stationären Krankenhausaufenthalt die Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung.

Name und Anschrift des Krankenhauses:

(bitte genaue Anschrift des Krankenhauses angeben!)

Krankenhausaufenthalt seit / ab:

Aufnahmenummer (falls vorhanden):

**A Verletzter**

1	Vorname	Zuname	Geburtsdatum
2	Tel.:	dienstlich	privat

3	Dienst- / Amtsbezeichnung Besoldungsgruppe
4	Anschrift des Hauptwohnsitzes ( Familienwohnung )
5	Zuständige Beihilfestelle
	Beihilfeaktenzeichen
6	<b>Nur von Polizeibeamten auszufüllen!</b> 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 Dienst- / Beschäftigungsstelle am Unfalltag
3	Am Unfalltag festgelegte Dienstzeit ( bei Gleitzeit: Rahmen- und Kernzeit )

**C Angaben zum Unfallereignis:**

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

1	Datum	Uhrzeit	Ort des Unfalles:

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

**D Erklärung:**

1. Meine Ansprüche auf Unfallfürsorgeleistungen des Dienstherrn sind durch und in Höhe von unmittelbaren Zahlungen des Staates an den Krankenanstaltsträger erfüllt. 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.

Ja                       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 / der verletzten  
Beamtin