Antrag auf Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Schule _____

An die
Bezirksregierung Detmold
Dezernat 47
Leopoldstr. 15
32756 Detmold

Anlagen: _____ Rechnungsbelege

☐ Die Heilbehandlung ist damit (voraussichtlich) abgeschlossen.
☐ Die Heilbehandlung ist noch nicht abgeschlossen, es werden noch weitere Rechnungen folgen.

Ich bitte um Gewährung von Unfallfürsorgeleistungen.

Dienstunfall vom	anerkannt am	Aktenzeichen 47.DU-

lfd. Nr.	Rechnung, Rezept, Attest	Datum	Betrag	**von Dez. 47 auszufüllen Erstattung - €**
		Gesamtsumme:		

Bankverbindung (Kreditinstitut) _____

IBAN _____ BIC _____

Hiermit erkläre ich, dass

1. ☒ die o.g. erstattungsfähigen Kosten weder bei der Beihilfe noch der privaten Krankenversicherung oder einem anderen Versicherungsträger geltend gemacht wurden bzw. werden
2. ☐ erwerbsmindernde Folgen nicht zurückgeblieben sind
   ☐ erwerbsmindernde Folgen lt. beiliegendem Attest zurückgeblieben sind
   ☐ ich mich hierzu zur Zeit noch nicht äußern kann. Eine abschließende Erklärung zur Frage von erwerbsmindernden Folgen werde ich noch angeben.

Hinweis zum Verfahren: **Bei vollständiger Erstattung ergeht kein Bescheid**

_____
Datum, Unterschrift