

An/To/A

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
- Wiedergutmachungsstelle -**

**70730 Fellbach**

**über** die Botschaft / das Generalkonsulat der Bundes-  
republik Deutschland  
**via** the Embassy / Consulate General of the Federal  
Republic of Germany  
**aux bons soins** de l'Ambassade / du Consulat général de  
la République fédérale d'Allemagne

Eingangstempel

Eingangstempel

**Antrag / Application / Demande**

auf Erstattung von Heilverfahrenskosten  
for reimbursement of medical treatment costs  
de remboursement de frais médicaux

1) Name und Vorname des Antragstellers Surname and first names of the applicant Nom et prénom du requérant _____	Geburtsdatum Date of birth Date de naissance _____
2) Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Staat) Address (street, house number, postal code, place of residence, country) Adresse (rue, n°, code postal, ville ou commune, Etat) _____ _____	
3) Genaue Bezeichnung des/r anerkannten Verfolgungsleiden(s) Exact specification of the illness(es) recognized as resulting from persecution Désignation exacte de l'affection (des affections) reconnue(s), résultant de la persécution _____ _____	
4) Aktenzeichen und Datum des Anerkennungsbescheides der Entschädigungsbehörde Reference number and date of the certificate of recognition of the indemnification authority N° de dossier et date de l'avis de confirmation délivré par le service d'indemnisation  Az./Reg.Nr. _____ vom _____ File/Ref.No. _____ of _____ Dossier/reg.n° _____ du _____	
5) Durch die Behandlung meines/r anerkannten Verfolgungsleiden(s) sind mir die auf Seite 4 einzeln aufgeführten Kosten entstanden. For the treatment of illness(es) recognized as resulting from persecution I have incurred the expenses listed on page 4. Par suite du traitement de l'affection (des affections) reconnue(s) résultant de la persécution, j'ai encouru les frais exposés en page 4.  Zeitraum der Behandlung: vom _____ bis _____ Period of treatment: from _____ to _____ Période de traitement: du _____ au _____	

**Hinweis:** Antrag bitte vollständig und möglichst in deutscher Sprache ausfüllen!  
**Note:** Please complete the application in full and if possible in the German language  
**Note:** Remplir le formulaire intégralement et, si possible, en langue allemande



**Hinweis** zur „Zusammenstellung der Aufwendungen“ auf Seite 4

**Note** on the „List of expenses“ on page 4

**Observation** relative à la „Liste des frais“ en page 4

Bitte beachten Sie **vor** Ausfüllen des Abschnitts 10 auf Seite 4 in Ihrem eigenen Interesse zur Vermeidung von Nachteilen den folgenden Hinweis:

Arzt- und Krankenhausrechnungen **mit Zahlungsnachweis** müssen den Namen des Antragstellers, die Bezeichnung der behandelten Krankheiten oder Leiden sowie jede einzelne Leistung mit dem für sie berechneten Betrag enthalten. Den Krankenhausrechnungen soll der ärztliche Entlassungsbericht beigelegt werden.

Aus den Arzneimittelrechnungen müssen Art, Menge und Preis der bezogenen Medikamente ersichtlich sein. Ferner sind die ärztlichen Verordnungen für die Medikamente im Original oder in Fotokopie beizufügen.

In Frankreich und Italien müssen die Rezepte außerdem mit den Vignetten versehen sein.

**Before** completing section 10 on page 4 please note the following in your own interest to avoid difficulties:

Doctors' and hospital bills **with proof of payment** must specify the applicant's name, the illnesses or ailments treated and each individual item of treatment and the amounts charged. The medical report issued on release from the hospital should be attached to the hospital bills.

Bills for medicaments must indicate the nature, quantity and price of the medicaments used. Originals or photocopies of doctors' prescriptions for medicaments must be enclosed. In France and Italy the appropriate proof of purchase (vignette) must also be affixed to the prescriptions.

**Avant** de remplir la rubrique n° en page 4, veuillez observer ce qui suit dans votre propre intérêt, pour éviter tout préjudice: Les notes d'honoraires et factures d'hôpital, **avec récépissé de versement**, doivent comporter le nom du requérant, la désignation des maladies ou affections traitées ainsi que chaque prestation particulière avec le montant correspondant. Les factures d'hôpital doivent être accompagnées du rapport médical de sortie.

Les factures de médicaments doivent indiquer le genre, la quantité et le prix des médicaments achetés. De plus, les ordonnances médicales de médicaments doivent être jointes en original ou photocopie. En France et en Italie, les vignettes doivent être apposées sur les ordonnances.

10) Zusammenstellung der Aufwendungen,  
 unterteilt in a) = Arzt- und Zahnarztkosten,  
 c) = Krankenhauskosten, b) = Medikamente,  
 d) = sonstige Kosten.

List of expenses,  
 broken down into a) = doctors' and dentists' fees,  
 c) = hospital expenses, b) = medicaments,  
 d) = other expenses.

Liste des frais,  
 classés en a) = frais de médecin et dentiste,  
 c) = frais d'hôpital, b) = médicaments,  
 d) = autres frais.

Vom Antragsteller auszufüllen To be filled out by the applicant À remplir par le requérant	<b>Nicht</b> vom Antragsteller auszufüllen <b>Not</b> to be filled out by the applicant À <b>ne pas</b> remplir par le requérant
--	--

Beleg Nr. Voucher No. Pièce n°	Datum der Rechnung Date of bill Date de la note/facture	Art der Leistung nach a) - d) Type of expenses from a) - d) Prestation (cf. a) - d)	Rechnungsbetrag  Amount charged  Montant	Bemerkungen  Remarks  Observations
				Unterschrift des Vertrauensarztes Doctor's signature Signature du médecin

<b>Gesamtbetrag</b> <b>Sum total</b> <b>Montant total</b>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>
---	---