

Antrag auf Erstattung von Krankheitskosten nach der Heilfürsorgeverordnung

Dieser Antrag ist auch im Internet abrufbar: <https://lbv.landbw.de>

Antragsteller: Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon
--	--------------	-------------------

Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
- Heilfürsorgestelle -
70730 Fellbach

Personalnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Antragsdatum

T T. M M. J J

--

Summe der geltend gemachten Aufwendungen

	Euro, Cent
--	------------

Hinweis:
Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Heilfürsorgeleistungen benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/das-lbv/kontakt/datenschutz>.
Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

Ich **versichere**, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Gewährung von Heilfürsorgeleistungen sind und dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen auf die Kosten sofort dem Landesamt für Besoldung und Versorgung anzuzeigen habe. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Erstattung bisher nicht beantragt.

Unterschrift

1. Haben Sie eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen?
Fügen Sie bei privater Krankenzusatzversicherung beim Erstantrag und Änderungen immer einen Nachweis über Art und Umfang bei.

<input type="checkbox"/> nein	Ambulant in %	Stationär in %	Zahntarif	Zusatztarife ¹⁾
<input type="checkbox"/> ja				

¹⁾ Hierunter fallen: Ergänzungstarife für Zahn- und ambulante Kosten, Wahlleistungen im Krankenhaus o.ä. Nicht anzugeben sind Tagegeldversicherungen (Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeldversicherung).

2. Zur Feststellung Ihres persönlichen Bemessungssatzes:

Waren Sie am 31.12.2012 heilfürsorgeberechtigte/r Polizeibeamtin/Polizeibeamter des Landes Baden-Württemberg?

ja
 nein

Wenn nein:
Waren Sie am 31.12.2012

- ein/e im Geltungsbereich der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg vorhandene/r Beihilfeberechtigte/r mit Unterbrechungszeiten ab dem 01.01.2013 (Beispiel: Beendigung des Beamtenverhältnisses als Anwärter/in und spätere Einstellung als Beamtin/Beamter)
- oder
- im Geltungsbereich eines anderen Dienstherren beihilfeberechtigt/heilfürsorgeberechtigt (z.B. als Zeitsoldat)?

nein
 ja, bitte legen Sie uns einen entsprechenden Nachweis vor.

3. Nur ausfüllen, wenn Leistungen im Ausland in Anspruch genommen wurden:

Eine Auslands-(Reise-)versicherung habe ich abgeschlossen

- ja
 nein

Bitte fügen Sie eine Kopie des Versicherungsvertrages bei.

Handelte es sich um einen dienstlichen Aufenthalt im Ausland?

- ja Grund:
 nein

Sofern aus den Rechnungsunterlagen die erbrachten Leistungen nicht ersichtlich sind, bitten wir Sie, eine Beschreibung des Krankheitsbildes sowie aller erbrachten Leistungen beizufügen.

4. Ich beantrage Krankenhaustagegeld, da ich keine heilfürsorgefähigen Wahlleistungen in Anspruch genommen habe (nur wenn für Wahlleistungen monatlich 22 Euro von den Bezügen einbehalten werden).

Den vom Krankenhaus ausgefüllten Vordruck LBV 933 (abrufbar unter <https://lbv.landbw.de/vordrucke>) habe ich beigefügt.

Zweibettzimmer	Chefarzt	vom	bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Zusammenstellung der Aufwendungen

zu Spalte 5: Leistungen aus einem Prozenttarif müssen hier nicht angegeben werden

zu Spalte 6: Unfallanzeige bitte unbedingt ausgefüllt beigefügt

Bitte tragen Sie jede Rechnung und jedes Rezept einzeln ein und **beachten Sie dabei, dass die Belege nicht mehr zurückgegeben werden.** Reichen Sie deshalb **Duplikate** oder **beglaubigte Kopien** ein, wenn Originale noch für andere Zwecke benötigt werden.

Beleg Nr.	Datum der Rechnung, des Rezepts	Art der Aufwendung (z.B. ärztl. Behandlung, Krankenhausbehandlung)	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite		unfallbedingte Aufwendungen bitte kennzeichnen
			EUR	Ct	EUR	Ct	
1	2	3	4		5		6
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

Gesamtsumme (bitte auf die 1. Seite übertragen)

Die Erstattung erfolgt grundsätzlich auf das Konto, auf das die laufenden Bezüge überwiesen werden.

6. Ich bin damit einverstanden, dass die Heilfürsorgestelle notwendige schriftliche oder telefonische Auskünfte über Belege bei dem Behandler oder dem Rechnungssteller einholen kann.

- ja
 nein