Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Antrag auf Erstattung von Krankheitskosten nach der Heilfürsorgeverordnung

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

Heilfürsorgeberechtigte Person: Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon

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

Personalnummer

Antragsdatum
T T. M M. J J

Summe der geltend gemachten Aufwendungen
0,00 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 **Handschriftliche Unterschrift erforderlich!**

1 Nur ausfüllen, wenn die Antragstellung

- ☐ durch eine bevollmächtigte Person
- ☐ durch eine erbberechtigte Person
- ☐ im Rahmen des Ehegattenvertretungsrechts (§ 1358 BGB)
- ☐ durch eine sonstige Person

erfolgt.

Bitte legen Sie uns, sofern noch nicht geschehen, in jedem Fall entsprechende Nachweise vor.

2 Haben Sie eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen?

Fügen Sie bei privater Krankenzusatzversicherung beim Erstantrag und Änderungen immer einen Nachweis über Art und Umfang bei.

	Ambulant in %	Stationär in %	Zahntarif	Zusatztarife [1]
☐ nein				
☐ ja				

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

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

Eine Auslands-(Reise-)versicherung habe ich abgeschlossen

- ☐ nein
- ☐ ja

Bitte fügen Sie eine Kopie des Versicherungsvertrages bei.

LBV 304 – 07/23

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. >>> 933

Zweibettzimmer	Chefarzt	von	bis
☐	☐		
☐	☐		

5 Zusammenstellung der Aufwendungen

zu Spalte 5: Leistungen aus einem Prozenttarif müssen hier nicht angegeben werden
zu Spalte 6: Unfallanzeige bitte unbedingt ausgefüllt beifügen

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 **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 EUR/Ct	Kostenerstattung von anderer Seite EUR/Ct	unfallbedingte Aufwendungen bitte kennzeichnen
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
		Gesamtsumme (bitte auf die 1. Seite übertragen)	**0,00**		

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 der behandelnden Person oder der rechnungsstellenden Person einholen kann.

☐ ja

☐ nein

Drucken

Speichern