

# NIEDERSÄCHSISCHE VERSORGUNGSKASSE



Niedersächsische Versorgungskasse  
**Dienstunfallfürsorge**  
Postfach 81 04 04  
30504 Hannover

Az.:	
Dienstherr:	
Postleitzahl, Wohnort	
Straße, Nr.	
Telefon, dienstl.	privat
(Angabe ist freiwillig)	

## Antrag auf Erstattung von Kosten eines Heilverfahrens im Rahmen der Dienstunfallfürsorge (§ 37 NBeamtVG) - Bitte die Aufwendungen einzeln auf der 2. Seite eintragen -

Antragsteller/in (Name, Vorname)	Geburtsdatum
----------------------------------	--------------

Dienstunfall vom
------------------

Überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf mein Konto

IBAN	BIC
Geldinstitut	

### Hinweise:

- ⇒ Eine Erstattung von dienstunfallbedingten Aufwendungen kann nur bei Vorlage von **Original**belegen erfolgen.
- ⇒ Beachten Sie bitte, dass alle Belege mit **Diagnoseangaben** versehen sind.
- ⇒ Sollten in den Rechnungen auch dienstunfallunabhängige Aufwendungen enthalten sein, müssen die unfallabhängigen Aufwendungen unbedingt vom/von der Behandler/in **kenntlich** gemacht werden.
- ⇒ Eine Erstattung der dienstunfallbedingten Aufwendungen kann erst nach Vorliegen eines Anerkennungsbescheides des Dienstherrn erfolgen.

**Zusammenstellung der entstandenen Aufwendungen**

				<i>Wird von der NVK ausgefüllt</i>		
1	2	4		5		6
Beleg Nr.	Rechnungs- datum	Rechnungs- betrag		Davon erstattungs- fähig		Bearbeitungsvermerk
		EURO	Cent	EURO	Cent	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
<b>Summe:</b>						

Ich versichere die **Richtigkeit und Vollständigkeit** meiner Angaben.

Weiterhin bestätige ich,

- dass in den Belegen **ausschließlich Aufwendungen** enthalten (bzw. kenntlich gemacht wurden) sind, die den oben angeführten Dienstunfall betreffen und
- dass hierauf **keine Beihilfe nach der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO)** gewährt wurde,
- dass hierauf **keine Erstattungen von dritter Seite** (insbesondere private Krankenversicherung) erfolgt ist.

Die mich im Rahmen der dienstunfallbedingten Folgen behandelnden Ärztinnen oder Ärzte entbinde ich gegenüber meiner Festsetzungsstelle bei der NVK von der ärztlichen Schweigepflicht. Mit der Speicherung der für die Erstattung von Heilverfahrenskosten notwendigen medizinischen Daten bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift