

Antrag auf Kostenübernahme für besondere medizinische Leistungen

Dieser Antrag dient dazu, die Kostenübernahme für medizinische Leistungen durch die Heilfürsorge zu klären, die keine vertragsärztlichen Leistungen sind.

Antragsteller: Name, Vorname	Geburtsdatum	Vorwahl / Telefon (privat)
------------------------------	--------------	----------------------------

Polizeiverwaltungsamt
Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
Postfach 230 209
01112 Dresden

Versichertennummer

Wohnanschrift	
Dienststelle:	

1. Welche medizinische Maßnahme/Behandlung/Untersuchung möchten Sie in Anspruch nehmen?

Bitte benennen Sie die konkrete Leistung!

2. Aufgrund welcher Gesundheitsstörung/Erkrankung stellen Sie diesen Antrag?

3. Bitte begründen Sie Ihren Antrag (z. B. fehlende Behandlungsalternative, Dringlichkeit) – ggf. bitte Beiblatt beilegen.

4. Bei welchen Ärzten (auch Polizeiarzten) befanden Sie sich wegen der unter 2. genannten Gesundheitsstörung/Erkrankung in Behandlung?

Name, Anschrift des Arztes	Behandlungszeitraum von/bis/seit

5. Liegen Ihnen zu der beantragten Leistung ärztliche Empfehlungen, Befundberichte, Ambulanzbriefe o. ä. vor?

Ja Nein

Falls Ja: Diese Unterlagen sind dem Antrag bitte beizufügen.

6. Haben Sie die hier beantragte Leistung bereits in Anspruch genommen oder begonnen?

Ja Nein

Falls Ja: Erläutern Sie bitte den Grund, weshalb Sie die Leistung ohne vorherige Genehmigung in Anspruch genommen haben.

7. Steht die beantragte Leistung im Zusammenhang mit einem Dienstunfall/ Berufskrankheit/ Wehrdienstbeschädigung/ Verfolgtenleiden/ Impfschaden?

Nein Ja, auf das anerkannte Unfallereignis vom:

Falls Ja: Bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen.

Einwilligungen des Antragstellers:

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen kann.

Unterschrift des Antragstellers

Das Polizeiverwaltungsamt, Sachgebiet Heilfürsorge (Heilfürsorgestelle) beabsichtigt, die für die Bearbeitung dieses Antrages weiteren notwendigen Auskünfte/Unterlagen direkt bei den beteiligten Ärzten/Einrichtungen einzuholen und damit das Antragsverfahren zu beschleunigen.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, auch den polizeiärztlichen Dienst, Krankenhäuser, Sozialversicherungsträger, Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gutachter, Psychotherapeuten, Psychiater und Psychologen gegenüber dem für die heilfürsorgerechtliche Entscheidung zuständigen Polizeiverwaltungsamt, Sachgebiet Heilfürsorge und ggf. hinzuzuziehenden Beratungsarzt beim Polizeiarztlichen Dienst von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis und willige mit meiner Unterschrift ausdrücklich ein, dass die zuständige Heilfürsorgestelle entsprechend den Heilfürsorgevorschriften die für mein Antragsbegehren vorliegenden bzw. zusätzlich eingehenden medizinischen Unterlagen (ärztlicher Befundbericht, alle Zusatzbefunde an den Polizeiarztlichen Dienst weiterleitet, soweit die Weitergabe zur Beurteilung der von mir beantragten Leistung erforderlich ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Heilfürsorgestelle sowie dem von der Heilfürsorgestelle beauftragten Beratungsarzt der Heilfürsorge beim polizeiärztlichen Dienst die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte sowie die Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankheitsgeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, MRT-/CT-/OP-Aufnahmen), Gutachten (insbesondere auch zur Feststellung der Dienstfähigkeit), zur Sachaufklärung sowie zur sachgerechten Bearbeitung der Heilfürsorgeangelegenheit zur Verfügung gestellt werden.

Die vorstehende Einwilligung kann verweigert oder beschränkt (z. B. auf einzelne Ärzte, Einrichtungen, Unterlagen) und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dadurch entstehende Beweisschwierigkeiten bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Voraussetzungen können zu Lasten des Beamten gehen.

Die o. g. ärztlichen Unterlagen werden bei Bedarf, soweit für den Schaden des Dienstherrn die Haftung eines Dritten in Betracht kommt, der den Regress bearbeitenden Stelle (Landesamt für Steuern und Finanzen, Rechtsabteilung), zur Geltendmachung der auf den Freistaat Sachsen übergegangenen Ersatzansprüche zur Verfügung gestellt.

Ich kann meine Einwilligung zu der Datenweitergabe ohne Angabe von Gründen verweigern oder mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bewusst, dass die Verweigerung oder der Widerruf meiner Einwilligung zur Versagung meines Leistungsantrages führen kann.

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Unterschrift des Antragsstellers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

Wiederholung in Druckbuchstaben:

Name, Vorname, Geb.-Datum

Datenschutzhinweis gem. Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung:

Ihre Daten werden vom Polizeiverwaltungsamt, Referat Heilfürsorge zum Zwecke der Prüfung, Festsetzung und Zahlung des von Ihnen geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs gem. den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Weitere datenschutzrechtliche Informationen erhalten Sie im Intranet unter:

<http://epolsax?ft=FormblattXDatenschutzXInfoXHeilXrsorge-id111971.pdf>