

Sachleistungsbescheinigung für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen

Nach § 5 Abs. 5 HBeihVO (Hessische Beihilfenverordnung)
als Nachweis des Geldwerts der in Anspruch genommenen Sachleistungen



Name, Vorname, Geburtsdatum des Beihilfeberechtigten	Beihilfekennung
Bezeichnung und Anschrift der gesetzlichen Krankenversicherung	Krankenversicherten-Nr.

Die Bescheinigung erfolgt für:

Bitte beachten Sie: Für jeden mitversicherten Familienangehörigen (§ 10 SGB V) ist ein eigenes Formular zu verwenden!

<input type="checkbox"/> o.g. Versicherten	<input type="checkbox"/> Familienversicherte(n)	Name, Vorname, Geburtsdatum
--	---	-----------------------------

Die ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen sind nach dem Bewertungsmaßstab für kassen-/zahnkassenärztliche Leistungen zu bescheinigen. Leistungen, zu denen die Krankenkasse einen Zuschuss gewährt, z.B. Zahnersatz, dürfen nicht aufgeführt werden.

Arzt

Zahnarzt

Tag der Behandlung	EBM-Ziffer des Arztes oder Ziffer des Gebührentarifs nach dem Zahnvertrag	Punktzahl	Vertragssätze in Euro Wird v. Krankenkasse ausgefüllt!

Für diese Bescheinigung sind gezahlt worden: €	Stempel und Unterschrift des Arztes/Zahnarztes
(Z.Zt. werden höchstens 5,36 € als beihilfefähig anerkannt)	

Bescheinigung der Krankenkasse:

Die Vertragssätze für obenstehende aufgeführte Leistungen betragen insgesamt: €

Vom..... bis betrug der mtl. Krankenversicherungsbeitrag* €

Vom..... bis betrug der mtl. Krankenversicherungsbeitrag* €

*) ohne Pflegeversicherung!

Datum/Stempel der Geschäftsstelle und Unterschrift