

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Bescheinigung  
zur Erlangung einer Beihilfe nach der Hessischen Beihilfenverordnung**

bei ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung für:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Folgende Leistungen wurden erbracht:

Tag der Behandlung:	Leistungen:	Tag der Behandlung:	Leistungen:	Tag der Behandlung:	Leistungen:

Bescheinigungsgebühr: \_\_\_\_\_

Datum, Stempel u. Unterschrift Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/Zahnärztin: \_\_\_\_\_

**Eintragung der Krankenkasse:**

Die Vertragssätze für die oben angegebenen Leistungen betragen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_