Sachleistungsbescheinigung
für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen

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

KDZ
KOMMUNALES DIENSTLEISTUNGSZENTRUM
PERSONAL & VERSORGUNG

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!

☐ o.g. Versicherten	☐ 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: € (Z.Zt. werden höchstens 5,36 € als beihilfefähig anerkannt)	Stempel und Unterschrift des Arztes/Zahnarztes

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 Geschäftstelle und Unterschrift