

# Sachleistungsbescheinigung für Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel

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



Auf diesem Vordruck dürfen nur Arzneimittel bescheinigt werden, die von der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden. Privat beschaffte bzw. verordnete Arzneimittel dürfen hier nicht eingetragen werden. Beihilfefähig sind die Gesamtkosten abzüglich der Zuzahlungen.

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 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 |
|--|---|-----------------------------|

Aufgrund ärztlicher Verordnung sind auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung nachstehende Arzneimittel – Heilmittel – Hilfsmittel abgegeben worden:

| Verordnungsdatum | Arznei-/ Heil- oder Hilfsmittel | Gesamt-/ Verkaufspreis in € | Zuzahlung/ Kostenanteil in € | Datum, Stempel und Unterschrift der abgebenden Stelle |
|------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
|                  |                                 |                             |                              |   |
| <b>Summe:</b>    |                                 |                             |                              |   |