

## BESCHEINIGUNG

zur Erlangung einer Beihilfe nach der Hessischen Beihilfe-Verordnung

Vom Versicherten auszufüllen

Name:	Geb. am:
Vorname:	Dienststelle:
Straße:	Telefon:
PLZ:	Mobil:
Wohnort:	
Mitversicherte Familienangehörige:	
Ehefrau:	Geb. am:
Kind:	Geb. am:
Kind:	Geb. am:

Es wird dabei gebeten folgendes zu beachten:

Die ärztl. Leistungen sind nach dem Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) zu bescheinigen.

Die zahnärztl. Leistungen sind nach dem Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (Bema) zu bescheinigen. Leistungen, zu denen die Krankenkasse nur einen Zuschuss gewährt, z. B. Zahnersatz, dürfen nicht aufgeführt werden.

Der Arzt/Zahnarzt ist berechtigt für diese Bescheinigung eine Gebühr zu erheben.

Vom der Arzt- bzw. Zahnarztpraxis auszufüllen  
- getrennt nach Versicherten und jeweiligen Angehörigen -

Tag der Behandlung	Beratungen	Besuche	Sonderleistungen (BMÄ bzw. Bema)	Gebührensätze

**Wenn Platz nicht ausreicht, bitte auch Rückseite benutzen!**

Für diese Bescheinigung sind \_\_\_\_\_ € bezahlt worden.

\_\_\_\_\_   
 Stempel u. Unterschrift der Arzt-Zahnarztpraxis

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel Unterschrift