



Landesamt für Zentrale Dienste
- Zentrale Beihilfestelle -
Am Halberg 4
66121 Saarbrücken

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung
der Notwendigkeit der Verordnung eines
hormonellen Mittels zur Kontrazeption

Angaben zum/ zur Beihilfeberechtigten

Name	Vorname
Personalnummer (8-stellig)	Geburtsdatum

Angaben zur Patientin

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Die oben genannte Patientin befindet sich seit dem in meiner ärztlichen
Behandlung.

Wegen der nachfolgend genannten Diagnose(n) ist die Verordnung eines hormonellen Mittels
zur Kontrazeption erforderlich:

.....
.....
.....

Voraussichtliche Dauer der Behandlung mit dem genannten Mittel:

.....
.....

.....
Ort, Ausstellungsdatum

.....
Stempel und Unterschrift
des/der behandelnden Arztes/ Ärztin

