



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

