

_____, den _____
Stempel des Unternehmens

Name, Vorname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum

Beihilfenummer: (bitte immer angeben)

Erklärung der Reha-Einrichtung

- Die Einrichtung Zutreffendes bitte ankreuzen
- a) erfüllt die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, (SGB V) ja nein
- erfüllt zusätzlich die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 108 SGB V (formale Zulassung als Krankenhaus) ja nein
- b) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V ja nein
- Sind die Kosten für nicht behandlungsbedürftige Kinder/ Begleitpersonen enthalten? ja nein
- c) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 SGB V ja nein
- Die Einrichtung verfügt für die Abteilung, in der die Maßnahme durchgeführt wird, über eine Preisvereinbarung (Pauschale) mit einem Sozialversicherungsträger ja nein
- Falls zutreffend: Höhe der vereinbarten Pauschale _____ Euro
(Preisvereinbarung bitte beifügen)

Mit welchem Sozialversicherungsträger wurde die Preisvereinbarung getroffen?

Datum der Preisvereinbarung _____

Falls keine Preisvereinbarung vorliegt

Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung: _____ Euro

Rechtsverbindliche Unterschrift des Unternehmens