

Patient: Nachname, Vorname _____

Beihilfenummer _____

Erklärung der Reha-Einrichtung

(für stationäre Reha-Maßnahmen, Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren)

- | Die Einrichtung | Zutreffendes bitte ankreuzen |
|---|---|
| a) erfüllt die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V | <input checked="" type="checkbox"/> ja () nein |
| - erfüllt zusätzlich die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 i. V. m. § 108 SGB V (formale Zulassung als Krankenhaus) | () ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| b) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V* | () ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| c) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V | <input checked="" type="checkbox"/> 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 (Preisvereinbarung bitte beifügen): _____ EUR

Mit welchem Sozialversicherungsträger wurde die Preisvereinbarung getroffen?

Datum der Preisvereinbarung _____

Falls keine Preisvereinbarung vorliegt:
Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung: _____ EUR

*Sind die Kosten für nicht behandlungsbedürftige Kinder/Begleitpersonen enthalten? () ja () nein

Rechtsverbindliche Unterschrift für die Reha-Einrichtung