



Patient: Nachname, Vorname

Beihilfenummer

Erklärung der Reha-Einrichtung

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

Die Einrichtung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- erfüllt die Voraussetzung nach § 107 Abs. 2 SGB V (x) ja () nein
- erfüllt zusätzlich die Voraussetzung nach § 107 Abs. 1
i.V.m § 108 SGB V (formale Zulassung als Krankenhaus) () ja (x) nein
- verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V* (x) ja () nein
- verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V (x) ja () nein

Die Einrichtung verfügt für die Abteilung, in der die Maßnahme durchgeführt wird, über eine Preisvereinbarung (Pauschale) mit einem Sozialversicherungsträger.

(x) ja () nein

Falls zutreffend:

Höhe der vereinbarten Pauschale (Preisvereinbarung bitte einfügen): 163,56 €

Mit welchem Sozialversicherungsträger wurde die Preisvereinbarung getroffen?

DRV Bund

Datum der Preisvereinbarung:

01. Januar 2023

Falls keine Preisvereinbarung vorliegt:

Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung: 245,00 €

*Sind die Kosten für nicht behandlungsbedürftige Kinder oder Begleitpersonen enthalten?

() ja (x) nein

.....

Stempel der Rehabilitationseinrichtung, Unterschrift

