

Bitte lassen Sie die Erklärung von der Einrichtung ausfüllen und senden diesen zusammen mit den Rechnungen für Ihren Aufenthalt der Beihilfestelle zu.

Datum und Ort

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Beihilfenummer/ Personalnummer

Erklärung

Die Einrichtung: _____

- a) erfüllt die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V ja nein
-erfüllt zusätzlich die Voraussetzungen
nach § 107 Abs. 1 SGB V
- b) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V ja nein
- c) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V ja nein

verfügt über eine Preisvereinbarung (Pauschale) mit einem Sozialversicherungsträger in Höhe von _____ € pro Tag,

oder

verfügt über **keine** Preisvereinbarung, so ist der niedrigste Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung anzugeben.

Dieser beträgt _____ € pro Tag.

Rechtsverbindliche Unterschrift
der Einrichtung (inkl. Stempel)