

---

 Stempel des Unternehmers

Klinik Maria Frieden Telgte, Am Krankenhaus 1, 48291 Telgte

Beihilfestelle  
 LBV Düsseldorf  
 Johannstraße 35  
 40476 Düsseldorf

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Personalnummer:

### Erklärung der Reha-Einrichtung

Das Unternehmen

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

<input type="checkbox"/> Geriatrie	<b>209,63 EUR</b>
<input type="checkbox"/> Neurologie C	<b>243,51 EUR Phase C</b>
<input type="checkbox"/> Neurologie D	<b>169,39 EUR Phase D</b>
<input type="checkbox"/> Neurologie B	<b>420,00 EUR Phase B</b> (im Rahmen von Einzelfallentscheidungen)

Mit welchem Sozialversicherungsträger wurde die Preisvereinbarung getroffen?

---

 GKV

Datum der Preisvereinbarung

**1.10.2016**

Falls nicht zutreffend: Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung:

./.

---

 Rechtsverbindliche Unterschrift des Unternehmens