
Stempel des Unternehmers

Telgte,

Klinik Maria Frieden Telgte, Am Krankenhaus 1, 48291 Telgte

Beihilfestelle

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

() Geriatrie

215,00 EUR

() Neurologie C

265,77 EUR Phase C

() Neurologie D

184,88 EUR Phase D

Mit welchem Sozialversicherungsträger wurde die Preisvereinbarung getroffen?

() Neurologie B

475,00 EUR Phase B
(im Rahmen von
Einzelfallentscheidungen)

GKV

Datum der Preisvereinbarung

1.01.2018 GER
1.10.2019 NEUR

Falls nicht zutreffend: Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung:

./.

Rechtsverbindliche Unterschrift des Unternehmens