

Absender (Stempel der Einrichtung)

Ort, Datum

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle Dresden  
Referat 339/D - Beihilfe  
Postfach 100655  
01076 Dresden

Name, Vorname des Beihilfeberechtigten

Org-Nr. – Personalnummer des Beihilfeberechtigten

### Erklärung der Rehabilitationseinrichtung

#### 1. Angaben zur Einrichtung

Die Einrichtung:

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

#### 2. Pauschalabrechnung

##### 2.1 Sozialversicherungsträger

Die Einrichtung verfügt für die Abteilung, in der die Maßnahme durchgeführt wird/wurde, über eine Vergütungsvereinbarung (Pauschale) mit einem Sozialversicherungsträger<sup>1</sup>

ja  nein

falls zutreffend wurden folgende Pauschalen vereinbart:

<input type="checkbox"/>	amb. Reha	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	stat. Reha:	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	AHB	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	MKK / VKK	_____	EUR

Sozialversicherungsträger mit welchem die Vergütungsvereinbarung getroffen wurde:

.....  
.....

Datum der Vergütungsvereinbarung:

\_\_\_\_\_

gültig ab:

<input type="checkbox"/>	amb. Reha:	_____
<input type="checkbox"/>	stat. Reha	_____
<input type="checkbox"/>	AHB	_____
<input type="checkbox"/>	MKK / VKK	_____

Stand: 01/2016

<sup>1</sup>Vereinbarung bitte in Verbindung mit diesem Schreiben vorlegen

## 2.2 private Krankenversicherungsunternehmen

Die Einrichtung verfügt für die Abteilung, in der die Maßnahme durchgeführt wird/wurde, über eine Vergütungsvereinbarung (Pauschale) mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen<sup>1</sup>

ja  nein

falls zutreffend wurden folgende Pauschalen vereinbart:

<input type="checkbox"/>	amb. Reha	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	stat. Reha:	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	AHB	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	MKK / VKK	_____	EUR

privates Krankenversicherungsunternehmen mit welchem die Vergütungsvereinbarung getroffen wurde:

.....  
.....

Datum der Preisvereinbarung:

gültig ab:

<input type="checkbox"/>	amb. Reha	_____
<input type="checkbox"/>	stat. Reha:	_____
<input type="checkbox"/>	AHB	_____
<input type="checkbox"/>	MKK / VKK	_____

2.3 niedrigster Satz für Privatpatienten ohne Komfortleistungen

\_\_\_\_\_ EUR

gültig ab:

\_\_\_\_\_

## 3. Einzelabrechnung

niedrigster Satz für Unterkunft, Verpflegung und Pflege

\_\_\_\_\_ EUR

gültig ab:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift der Einrichtung