

Absender (Stempel der Einrichtung)

Ort, Datum

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Postfach 54 06  
97004 Würzburg

Az. (Org-Nr. / Personalnummer)

**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:

- amb. Reha: \_\_\_\_\_ EUR
- stat. Reha: \_\_\_\_\_ EUR
- AHB \_\_\_\_\_ EUR
- MKK / VKK \_\_\_\_\_ EUR

Sozialversicherungsträger mit welchem die Vergütungsvereinbarung getroffen wurde:

-----  
-----

Datum der Vergütungsvereinbarung:

\_\_\_\_\_

gültig ab:

- amb. Reha: \_\_\_\_\_
- stat. Reha: \_\_\_\_\_
- AHB \_\_\_\_\_
- MKK / VKK \_\_\_\_\_

<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