

## Bestätigung

des Tagessatzes / der Behandlungspauschale  
im Rahmen einer Sanatoriums-, Anschlussheilbehandlung oder  
Eltern-Kind-Maßnahme (§§ 43, 45 und 46 BVO)

Beihilfe-Nr. ....

Name, Vorname:	
.....	Geb.-Datum: .....
Adresse:	
.....	Telefon: .....
.....	E-Mail: .....

.....  
**Name, Vorname der Patientin/des Patienten**  
(falls nicht mit der/dem Beihilfeberechtigten identisch)

<b>Name der Einrichtung:</b>
.....
<b>Anschrift:</b>
.....

1. Erfüllt die Einrichtung die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V sowie die Voraussetzungen des § 45 Abs. 4 BVO (ständige ärztliche Leitung, Vorhandensein des erforderlichen Pflegepersonals)?

- Ja
- Nein

2. Unterkunft und Verpflegung / Einzelabrechnung

- Der niedrigste Satz für Unterkunft und Verpflegung (ohne weitere Kosten) in einem Einbettzimmer in der Einrichtung beträgt \_\_\_\_\_ € pro Tag.
- Ein Satz nur für Kosten der Unterkunft und Verpflegung wird in der Einrichtung nicht angeboten

3. Verfügt die Einrichtung über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V? (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

- Ja
- Nein

4. Verfügt die Einrichtung über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V (Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen)?

- Ja
- Nein

5. Die zu Punkt 3 bzw. 4 vereinbarte Pauschale beträgt \_\_\_\_\_ € pro Tag bzw. \_\_\_\_\_ € als Behandlungspauschale für die gesamte Behandlung.

6. Der/die dem Patienten in Rechnung gestellte Tagessatz/Behandlungspauschale beträgt \_\_\_\_\_ € (ggf. auch abweichender Betrag zu 5.) und enthält folgende Kosten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Unterkunft und Verpflegung
- ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen
- heilpraktische Leistungen
- Arznei-/Hilfsmittel
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen

7. Der/die Patient/in hat die Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen/Chefarztbehandlung beantragt:

- Ja
- Nein

---

Datum, Unterschrift

---

Stempel der Einrichtung