



Bestätigung

des Tagessatzes/ der Behandlungspauschale
im Rahmen einer Sanatoriums- oder Anschlussheilbehandlung bzw. medizinischen Vor-
sorgeleistung

Landesamt für Finanzen
56062 Koblenz

Personalnummer	
----------------	--

Bitte Personalnummer achtstellig angeben.

Name/Vorname		Geburtsdatum
Adresse	Telefon privat	dienstlich
	E-Mail (privat)	
	E-Mail (dienstlich)	

Name der Patientin/des Patienten

Vorname

* sofern nicht mit der/dem Beihilfeberechtigten identisch

Name der Einrichtung

Anschrift

1.

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

2. Besteht mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem Rentenversicherungsträger eine Pauschalvereinbarung?

Ja, diese beträgt _____ Euro pro Tag, bzw _____ Euro als Behandlungspauschale für die gesamte Behandlung. **Die Vereinbarung mit dem Sozialversicherungsträger ist in Kopie beizufügen.**

Nein

3. Der/die dem Patienten in Rechnung gestellte Tagessatz/Behandlungspauschale beträgt _____ Euro (ggfs. auch abweichender Betrag zu 2.) und enthält folgende Kosten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Unterkunft und Verpflegung
- Arztleistungen
- Heilpraktikerleistungen
- Arznei- / Hilfsmittel
- Heilbehandlungen

Datum, Unterschrift

Stempel der Einrichtung

Informationen zum **Datenschutz und zur Verarbeitung personenbezogener Daten beim Landesamt für Finanzen** können Sie der Homepage des Landesamtes für Finanzen entnehmen: <https://www.lff-rlp.de/service/datenschutz/>