

Name der/des Beihilfeberechtigten	Vorname	Personalnummer/AG
Name der Patientin/des Patienten *	Vorname	

\* sofern nicht mit der/dem Beihilfeberechtigten identisch

**Sollte die Einrichtung nicht über einen eigenen Bescheinigungsvordruck zum niedrigsten Tagessatz für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bzw. Pauschalsatz verfügen, lassen Sie bitte diesen Vordruck ausfüllen und legen Sie die Bestätigung zusammen mit den entsprechenden Rechnungen zu gegebener Zeit Ihrem Beihilfeantrag bei.**

**Bestätigung über den niedrigsten Tagessatz für Unterkunft, Verpflegung und Pflege**

1. Der niedrigste Tagessatz unserer Rehabilitationseinrichtung für Unterkunft, Verpflegung und Pflege beträgt (bitte hierzu immer Angaben machen!):

..... EUR (seit .....)

..... EUR (seit .....)

2. Wir rechnen einen Pauschalsatz ab, der folgende Leistungen beinhaltet:

- Unterkunft, Verpflegung und Pflege
- Arzneimittel
- Arztleistungen
- Heilbehandlungen

Nicht-medizinische Komfortleistungen wie Internet, Telefon, Fernsehen, hotelähnliche Dienste wie Einkäufe, Fahrtservice, Kosten für eine Begleitperson sind nicht enthalten.

Der Pauschalsatz beträgt täglich ..... EUR

LBV 352 – 07/15

.....  
Datum, Unterschrift

.....  
Stempel der Einrichtung