

# Bestätigung über die Abrechnung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme



**Kommunaler Versorgungsverband  
Baden-Württemberg**  
- Beihilfeabteilung -  
Postfach 10 01 61  
76231 Karlsruhe

**BF** Beihilfenummer

**Beihilfeberechtigter**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname des Patienten

**Hinweis:**

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

**Angaben zur Einrichtung**

Name der Einrichtung

Anschrift

Der Tagessatz, der für gesetzlich Versicherte berechnet wird, beträgt in unserer Einrichtung: €

Für o. g. Patienten wird folgender Tagessatz berechnet: €

Unterschrift/Stempel der Einrichtung

Ort, Datum

BF - 7\_6\_2 - 02/2021

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg - Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Hauptsitz**  
Ludwig-Erhard-Allee 19  
76131 Karlsruhe  
Tel. 0721 5985-0

**Zweigstelle**  
Birkenwaldstraße 145  
70191 Stuttgart  
Tel. 0711 2583-0

**Bankverbindung**  
Landesbank Baden-Württemberg  
BIC: SOLADEST600  
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

**Sie erreichen uns**  
montags bis freitags  
von 8:00 Uhr  
bis 16:30 Uhr

**Internet / E-Mail**  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)