

# Bestätigung der Einrichtung über die Höhe des Tagessatzes - BBhV



**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).

**1. Angaben zur Einrichtung**

Name der Einrichtung

Anschrift

**2. Bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheil- oder Suchtbehandlung:**

Der niedrigste Satz für Unterkunft, Verpflegung und Pflege beträgt

seit €

seit €

**3. Bei Mutter-Kind/Vater-Kind Rehabilitationsmaßnahme:**

Es besteht eine Preisvereinbarung zwischen unserem Haus und einem Sozialversicherungsträger

ja nein

Wenn ja, der höchste vereinbarte Tagessatz mit einem Sozialversicherungsträger beträgt für

KV-Träger RV-Träger seit €

KV-Träger RV-Träger seit €

**4. Tatsächlich wird/wurde für o. g. Patienten folgender Tagessatz in Rechnung gestellt:**

€

Unterschrift/Stempel der Einrichtung

Ort, Datum

BF - Bund - 35\_0 - BW037112 - 01/2017