



Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH Dangast und Horumersiel

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Beihilfenummer:

ERKLÄRUNG

Das Unternehmen

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | |
|---|--|--|
| a) erfüllt die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V
-erfüllt zusätzlich die Voraussetzungen nach
§107 Abs. 1 SGB V | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| b) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach
§ 111a SGB V (Dangast und Horumersiel) | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach
§ 111 SGB V (Horumersiel) | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| d) verfügt über eine Preisvereinbarung (Pauschale) mit
einem Sozialversicherungsträger | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH
Mutter & Kind-Klinik Dangast
Dauenser Straße 19 ff. · 26316 Varel
Tel. (0 44 51) 9 22-0 · Fax -1 01

i. A. I. Eickhoff

Rechtsverbindliche Unterschrift des Unternehmens und Firmenstempel

Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH
Mutter & Kind-Klinik Horumersiel
Möwenstraße 170 ff. · 26434 Wangerland
Tel. (0 44 26) 9 44-0 · Fax -1 01