



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

**Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH**

Zentraler Belegungsservice

Postfach 13 05 · 26437 Jever

Tel. 0 800 - 944 0 922

(freecall - gebührenfrei)

*i. A. I. Grotz*

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift des Unternehmens und Firmenstempel