
**ABTRETUNGSERKLÄRUNG FÜR SELBSTZAHLER
KLINIK HEIDELBERG**

Hiermit erkläre ich, dass ich die mir zustehenden vertraglichen Leistungen für die stationäre/teilstationäre Behandlung der

Name der Versicherung

Anschrift

Versicherungs-Nr.

an die Kliniken Schmieder abtrete.

Prozentualer Anteil der Versicherung: %

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kliniken Schmieder die Abrechnung der Pflegekosten direkt mit der o.g. Versicherung vornehmen.

REHABILITATION:

Neurologische Rehabilitation stationär (Phase D)	€170,05	<input type="checkbox"/>
Neurologische Rehabilitation amb./teilstat. (Phase D)	€112,67	<input type="checkbox"/>
Neurologische Rehabilitation stationär (Phase C)	€239,21	<input type="checkbox"/>

KRANKENHAUSBEHANDLUNG:

Krankenhausindividueller Basisfallwert nach § 3 Abs. 4 KHentG: Neurologie (Phase A)	€2.970,00	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	--------------------------

Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHentG

Neurologische Frührehabilitation (Phase B)	€568,40	<input type="checkbox"/>
B61B (Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt).	€350,00	<input type="checkbox"/>

Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2011

Für das Jahr 2011 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2011 vorgegeben.

Name: Vorname:

Straße: Wohnort :

Datum: Unterschrift:

Hinweis: Bei Inanspruchnahme von Leistungen der privaten Krankenversicherung muss grundsätzlich vor Beginn der Behandlung deren Zustimmung eingeholt werden.