

Anlage 1: Ermittlung des Referenzwertes 2019

Bitte füllen Sie nur die grau hinterlegten Felder aus!

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Name, Anschrift):	
Ansprechpartner (Name, E-Mailadresse, Telefonnummer):	
IK:	

Nr.	Ermittlung der im Jahresdurchschnitt pro Tag behandelten Patientinnen und Patienten im Jahr	Tage
1	Patientenbezogene Belegungstage der GKV 2019	
1.1	Anzahl der Kalendertage der Regelöffnungszeit	
2	Referenzwert (Belegungsstage der GKV 2019 /Anzahl der Kalendertage der Regelöffnungszeit)	#DIV/0!

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift:

Anmeldung zum Zahlverfahren:

Bitte gem. Merkblatt den Referenzwert (Anlage 1) erstmalig **bis zum 21.04.2020** elektronisch (als Excel-Liste) covid19-KHEG@mags.nrw.de senden.

Die Meldung des Referenzwertes ausgedruckt und rechtsverbindlich unterschrieben per Post **an das MAGS NRW, Referat I B 3, Fützenwall 25, 40219 Düsseldorf** senden.