ANLAGE 37

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECHNUNG PATIENT - Pflegeleistungen vom xxx bis zum xxx** | | | |
| Gegebenenfalls Logo des Krankenhauses |  |  | Seite 1 von |
| **Name des Krankenhauses** |  | Vorname NAME |  |
| **Anschrift** |  | Anschrift |  |
| **Postleitzahl - Ort** |  | **Postleitzahl - Ort** |  |
| **LIKIV-Nummer** |  |  |  |
| **ZDU-Nummer (Zentrale Datenbank der Unternehmen)** |  |  |  |
| **Kontaktperson: Name/Telefonnummer** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Rechnungsnummer** |  | **Rechnungsadresse** |  |
| **Rechnungsdatum** |  | Vorname NAME |  |
| **Versanddatum** |  | Anschrift |  |
| **Aufnahmenummer** |  | **Postleitzahl - Ort** |  |
| **Aktennummer** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Pflegeleistungen vom ../../.... *……. Uhr*** |  | **Krankenkasse** |  |
| ***bis zum ../../…. ……. Uhr*** |  | **ENSS (Erkennungsnummer der sozialen Sicherheit)** |  |
| **Anrecht fakturierbarer Höchstbetrag in (1):** |  | **Kode Begünstigter** |  |
|  |  |  |  |
| **AUFSTELLUNG DER KOSTEN ZU LASTEN DES PATIENTEN** | | | |
|  |  |  | EUR |
| 1. Aufenthalts- *oder Rehabilitationskosten* |  |  |  |
| Ihre Kosten für den Krankenhausaufenthalt *oder die Rehabilitation* | |  | …… |
| Zimmerzuschlag weil Sie sich für ein Einzelzimmer entschieden haben | |  | …… |
|  |  |  |  |
| 2. Pauschal fakturierte Kosten (2) | |  | …… |
|  |  |  |  |
| 3. Pharmazeutische Kosten (zum Beispiel Arzneimittel, Implantate, medizinische Hilfsmittel, usw.) | | | …… |
|  |  |  |  |
| 4. Honorare der Pflegeerbringer (Ärzte oder andere Leistungserbringer) | | |  |
| Anteil (Patient) an den Honorarkosten | |  | …… |
| Zimmerzuschlag *weil Sie sich für ein Einzelzimmer entschieden haben* | | | …… |
|  |  |  |  |
| 5. Andere Leistungen |  |  | …… |
|  |  |  |  |
| 6. Krankentransport |  |  | …… |
|  |  |  |  |
| 7. Sonstige Kosten |  |  | …… |
|  |  |  |  |
| 8. MwSt. |  |  | …… |
|  |  |  |  |
| **Total der Kosten zu Lasten des Patienten** |  |  | …… |
|  |  |  |  |
| **….. EUR werden Ihrer Krankenkasse in Rechnung gestellt.** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Sie haben schon eine Anzahlung gezahlt am *../../….* | |  | …… |
| Einem Dritten *vom Krankenhaus* fakturiert | |  | …… |
| **VOM PATIENTEN ZU ZAHLENDER RESTBETRAG / Erstattung** | |  | …… |
|  |  |  |  |
| Auf Konto des Krankenhauses zu zahlender Betrag: | |  | …… |
| Auf Konto des Ärzterates zu zahlender Betrag: |  |  | …… |
| *Nachstehend kann das Krankenhaus gegebenenfalls die Zahlungsbedingungen erläutern.*  ÜBERWEISUNGSFORMULAR | | |  |
|  | | |  |

ANLAGE 37 FORTSETZUNG 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DETAILLIERTE RECHNUNG PATIENT** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Seite x von y |
|  |  |  |  |  | Vorname NAME | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **ENSS (Erkennungsnummer der sozialen Sicherheit)** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

MITTEILUNG:

entweder:

Alle Leistungen werden vom Krankenhaus fakturiert, der Patient darf keine andere als die vom Krankenhaus erstellte Rechnung erhalten. Ausnahmsweise können dem Patienten zusätzliche Rechnungen, für welche die Angaben bei Versendung der ersten Rechnung noch nicht verfügbar waren, oder Berichtigungen zu einem späteren Zeitpunkt zugeschickt werden.  
Zusätzliche Erläuterungen oder Antworten auf ausführlichere Fragen zu den Leistungen finden Sie in der Aufnahmeerklärung (Dokument, das Sie bei Ihrer Aufnahme unterschrieben haben) und in den diesbezüglichen Erläuterungen. Andernfalls wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse oder das Krankenhaus.

oder:

Die vom Ärzterat des Krankenhauses fakturierten Leistungen sind in der "Arztrechnung" vermerkt, die dem vorliegenden Rechnungsauszug beigefügt ist. Ausnahmsweise können dem Patienten zusätzliche Rechnungen, für welche die Angaben bei Versendung der ersten Rechnung noch nicht verfügbar waren, oder Berichtigungen zu einem späteren Zeitpunkt zugeschickt werden.

Zusätzliche Erläuterungen oder Antworten auf ausführlichere Fragen zu den Leistungen finden Sie in der Aufnahmeerklärung (Dokument, das Sie bei Ihrer Aufnahme unterschrieben haben) und in den diesbezüglichen Erläuterungen. Andernfalls wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse oder das Krankenhaus.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Aufenthalts- oder Rehabilitationskosten | | | | | | | | | | |
| **1.1 Aufenthaltskosten Krankenhausaufenthalt oder chirurgische Tagesklinik oder teilstationärer Krankenhausaufenthalt in der Psychiatrie** | | | | |  |  | Anzahl Tage | zu Lasten der Krankenkasse | zu Lasten des Patienten (3) | Zuschlag  (4) |
| **Dienst(e)** | ……….. |  |  | Vom  **../../…** | Bis  **../../…** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ……  ……  …… | |  |  |  |  |
|  | Aufenthaltskosten | |  | …… | …… | …… | …… |  |
|  | Einzelzimmer | |  | …… | …… |  |  | …… |
|  | Kollektivunterkunft (Urlaub) | |  | …… | …… | …… | …… |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.2. Aufenthaltskosten Tageskrankenhausaufenthalt** | | | | Vom  **../../…** | Bis  **../../…** | | Anzahl | zu Lasten der Krankenkasse | zu Lasten des Patienten (3) | Zuschlag  (4) |
| **1.2.1. Dringende Pflege mit Aufnahme in einem Krankenhausbett und/oder Verabreichung von Arzneimitteln oder Blut/einem labilen Blutprodukt durch intravenöse Infusion** | | | |  |  | |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |
|  | Einzelzimmer | |  |  |  |  |  | …… |
| **1.2.2. Maxi-Pauschale für Anästhesie, Pauschalen für Tagesklinik und chronische Schmerzen, dringende Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus** | | | | …… |  | |  | …… |  |  |
|  | Einzelzimmer | |  |  |  |  |  | …… |
| **1.2.3. Pauschale Gipsbereich** | |  |  | …… |  | |  | …… |  |  |
| **1.2.4. Pauschale für Handhabung eines Portkatheters** | | | | …… |  | |  | …… |  |  |
| **1.2.5. Basispauschale Onkologie** | | | | …… |  | |  | …… |  |  |
| **1.2.6. Maxi-Pauschale Mono-Kombi Onkologie, Pauschale für Pädiatrie Mono-Kombi**  Einzelzimmer | | | | …… |  | |  | …… |  | …… |
| **1.3. Pauschale für Hämodialyse - Peritonealdialyse** | | | | …… | …… | | …… | …… | -…… (5) |  |
| **1.4. Rehabilitation**  *Beschreibung* | | | | …… | …… | | …… | …… | …… |  |
| **1.5 Pauschale für Rehabilitation Nachbetreuung** | | | | …… | …… | | …… | …… |  |  |
| **1.6. Zeitraum der Hospitalisierung zu Hause** | | | | …… | …… | |  |  |  |  |
| **- Pauschalbetrag für die Einleitung der Hospitalisierung zu Hause** | | | | …… |  | | …… | …… |  |  |
| **- Pauschalbetrag pro Behandlungstag: Bereitung und Abgabe der Arzneimittel** | | | | …… | …… | | …… | …… |  |  |
| **- Pauschalbetrag pro Behandlungstag für die Koordinierung der Pflege mit dem häuslichen Umfeld** | | | | …… | …… | | …… | …… |  |  |
| **- Pauschalbetrag pro Behandlungstag für das Material, das zur Verabreichung von Arzneimitteln benötigt wird** | | | | …… | …… | | …… | …… |  |  |
| **Zwischensumme 1 - Aufenthaltskosten** | |  |  |  |  |  |  | …… | …… | …… |

ANLAGE 37 FORTSETZUNG 2 Seite x von y

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Pauschal fakturierte Kosten (2)** | | |  |  |  |  | Anzahl Tage | zu Lasten der Krankenkasse | zu Lasten des Patienten (3) |
|  | Honorare für klinische Biologie | |  |  |  |  |  | …… | …… |
|  | Honorare für bildgebende Diagnoseverfahren | |  |  |  |  |  | …… | …… |
|  | Honorare für medizinische Bereitschaftsdienst und technische Leistungen | | | |  |  |  | …… | …… |
|  | Arzneimittel: Pauschale pro Aufnahme | | | |  |  |  | …… |  |
|  | Eigenanteil pro Tag | | | |  |  | …… |  | …… |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zwischensumme 2 - Pauschal fakturierte Kosten** | | | |  |  |  |  | …… | …… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Apotheke: Arzneimittel, Parapharmazie, Implantate, medizinische Hilfsmittel** | | | | | | | |  | Kode | Anzahl | zu Lasten der Krankenkasse | zu Lasten des Patienten (3) | Zuschlag  (4) |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1 Arzneimittel | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Erstattungsfähige Arzneimittel | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Betrag Arzneimittel vollständig zu Lasten der Krankenkasse | | | | | | | |  |  |  | …… |  |  |
| Betrag Arzneimittel teilweise zu Lasten des Patienten | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | Name des Produktes: | |  | |  | |  |  | …… | …… | …… | …… |  |
| Arzneimittel vollständig zu Lasten des Patienten | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Arzneimittel ohne Genehmigung des Vertrauensarztes | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | Name des Produktes: | |  | |  | |  |  | …… | …… |  | …… |  |
| Nichterstattungsfähige Arzneimittel | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | Name des Produktes: | |  | |  | |  |  | …… | …… |  | …… |  |
| Arzneimittel vollständig zu Lasten des Patienten für welche die MwSt. geschuldet ist (Betrag ohne MwSt.). | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | Name des Produktes: | |  | |  | |  |  | …… | …… |  | …… |  |
| 3.2 Parapharmazeutische Produkte | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Name des Produktes: | |  | |  | |  |  | …… | …… |  | …… |  |
| Parapharmazeutische Produkte zu Lasten des Patienten für welche die MwSt. geschuldet ist (Betrag ohne MwSt.). | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | Name des Produktes: | |  | |  | |  |  | …… | …… |  | …… |  |
| 3.3 Implantate, Prothesen und nicht implantierbare medizinische Hilfsmittel | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Erstattungsfähige Arzneimittel | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | Name des Produktes: | |  |  | Zulassung (8): | | …… | …… | …… | …… | …… | …… |
|  | | Abgabespanne Implantate (6) | | | |  | |  |  |  |  | …… |  |
|  | | Sicherheitsmarge Implantate (7) | | | |  | |  |  |  |  | …… |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Nichterstattungsfähige Produkte | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | Name des Produktes: | |  |  | Zulassung (8): | | …… | …… | …… |  | …… |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Nichterstattungsfähige Produkte zu Lasten des Patienten für welche die MwSt. geschuldet ist (Betrag ohne MwSt.) | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | Name des Produktes: | |  |  |  | |  | …… | …… |  | …… |  |
| **Zwischensumme 3 - Apotheke** | | | |  |  |  | |  |  |  | …… | …… |  |

ANLAGE 37 (Fortsetzung 3) Seite x von y

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Honorare der Pflegeerbringer (Ärzte oder andere Leistungserbringer)** | | | | | | |  | | Datum | Kode (9) | Anzahl | zu Lasten der Krankenkasse | zu Lasten des Patienten (3) | Zuschlag  (4) |
| Gesamtfinanzierung | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| Gesamthonorarbetrag für *Beschreibung* | | | | | | |  | |  | …… |  | …… | …… |  |
| Einzelzimmerzuschläge | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | *Name des Leistungserbringers* beantragt von *Name des Verschreibers* | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | *Beschreibung (9)* | | *Betrag der Referenzhonorare* (11): ……. | | | | | | …….. | …… | …… |  |  | …… |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Erstattungsfähige Honorare | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| Honorare vollständig zu Lasten der Krankenkasse | | | | | | | | |  |  |  | …… |  |  |
| Honorare teilweise zu Lasten der Krankenkasse und/oder mit Einzelzimmerzuschlag | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| *Name des Leistungserbringers* beantragt von *Name des Verschreibers* | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | *Beschreibung (9)* | |  |  | |  | | …….. | …… | …… | …… | …… | …… |
| Honorare vollständig zu Lasten des Patienten | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| *Name des Leistungserbringers* beantragt von *Name des Verschreibers* | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | *Beschreibung* | |  |  | |  | | …….. | …… | …… |  | …… |  |
| Honorare vollständig zu Lasten des Patienten für welche die MwSt. geschuldet ist (Betrag ohne MwSt.) | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| *Name des Leistungserbringers* beantragt von *Name des Verschreibers* | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | *Beschreibung* | |  |  | |  | | …….. | …… | …… |  | …… |  |
| **Zwischensumme 4 - Honorare der Pflegeerbringer** | | | | | | | | |  |  |  | …… | …… | …… |
| **5. Andere Leistungen** | | | |  |  |  | |  | | Kode | Anzahl | zu Lasten der Krankenkasse | Zu Lasten des Patienten (3) |  |
|  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| Bezeichnung anderer Leistungen: | | | |  |  |  | |  | | …… | …… | …… | …… |  |
|  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| Bezeichnung anderer Leistungen zu Lasten des Patienten für welche die MwSt. geschuldet ist (Betrag ohne MwSt.): | | | | | | | |  | | …… | …… |  | …… |  |
|  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| **Zwischensumme 5 - Andere Leistungen** | | | |  |  |  | |  | |  |  | …… | …… |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Krankentransport** |  | Datum |  | Kode | Anzahl Km | zu Lasten der Krankenkasse | zu Lasten des Patienten (3) |  |
| **Dringender Krankentransport  (100-/112-Dienst)** | |  |  |  |  |  |  |  |
| Pauschale für die ersten 10 Km | | …… |  | …… | …… | …… | …… |  |
| Betrag vom 11. bis zum 20. Km | | …… |  | …… | …… | …… | …… |  |
| Betrag ab dem 21. Km | | …… |  | …… | …… | …… | …… |  |
| Pauschale für Verwendung Elektroden | | …… |  | …… |  | …… | …… |  |
| **Anderer Krankentransport mit Kostenerstattung** | | …… |  | …… | …… | …… | …… |  |
| **Andere Kosten für Krankentransport ohne Kostenerstattung** | | …… |  | …… | …… |  | …… |  |
| **Zwischensumme 6 - Krankentransport** | |  |  |  |  | …… | …… |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Sonstige Kosten** | |  |  |  |  | Kode | Anzahl |  | zu Lasten des Patienten (3) |  |
| Bezeichnung der sonstigen Kosten: | |  |  |  |  | …… | …… |  | …… |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bezeichnung der sonstigen Kosten zu Lasten des Patienten für welche die MwSt. geschuldet ist (Betrag ohne MwSt.): | | | | |  | …… | …… |  | …… |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zwischensumme 7 - Sonstige Kosten** | |  |  |  |  |  |  |  | …… |  |

ANLAGE 37 (Fortsetzung 4) Seite x von y

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. MwSt.** | | | |  | Status (10) | Betrag ohne MwSt. | % MwSt. | Betrag MwSt. | zu Lasten des Patienten Inkl. MwSt. |  |
| Name und Nummer des Mehrwertsteuerpflichtigen |  |  |  |  | …… | …… | …… | …… | …… |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zwischensumme 8 - MwSt.** |  |  |  |  |  |  |  | …… |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TOTAL | | |  |  |  |  |  |  |  | zu Lasten der Krankenkasse | Zu Lasten des Patienten | Zuschlag  (4) | |
| **TOTAL** | | |  |  |  |  |  |  |  | …… | …… | …… | |
| **TOTAL vom Patienten zu zahlen** | | | |  |  |  |  |  |  |  | …… EUR | | |
| Anzahlung, gezahlt am ../../.... | | | | | |  |  |  |  |  | …… EUR | | |
| Einem Dritten *vom Krankenhaus* fakturiert | | | | | |  |  |  |  |  | …… EUR | | |
| zu zahlender Restbetrag/Erstattung | | | |  |  |  |  |  |  |  | …… EUR | | |
|  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Auf Konto des Krankenhauses zu zahlender Betrag: | | | | | |  |  |  |  |  | …… EUR | | |
| Auf Konto des Ärzterates zu zahlender Betrag: | | | | | |  |  |  |  |  | …… EUR | | |
| (1) | Weil Sie in diesem Kalenderjahr den fakturierbaren Höchstbetrag erreicht haben, werden für den Rest des Jahres u.a. die Eigenanteile für Gesundheitsleistungen von Ihrer Krankenkasse vollständig erstattet.  Ausnahme: Eigenanteil für Radioisotope, medizinischen Sauerstoff und den Pflegetagpreis ab dem 366. Tag des Aufenthalts in einem psychiatrischen Krankenhaus. | | | | | | | | | | | | |
| (2) | Die pauschal fakturierten Kosten sind gesetzliche Pauschalbeträge, die jedem in einem Krankenhaus aufgenommenen Patienten fakturiert werden, auch wenn er keine dieser Leistungen in Anspruch genommen hat. | | | | | | | | | | | | |
| (3) | Die Rubrik "zu Lasten des Patienten" umfasst die gesetzlich vorgesehene persönliche Beträge, Beträge für nicht erstattungsfähige Produkte (Rubrik Apotheke), Beträge für Leistungen, für die es keine Beteiligung der Krankenversicherung gibt (Rubrik Honorare), "Andere Beträge" (Rubriken "Sonstige Kosten" und "Andere Leistungen") und Beträge, die vollständig zu Lasten des Patienten sind und für welche die MwSt. geschuldet ist (Beträge ohne MwSt.). | | | | | | | | | | | | |
| (4) | Zuschlag: für eine Aufnahme mit Übernachtung(en) oder einen Tageskrankenhausaufenthalt mit Zimmerbesetzung wird dieser Betrag zusätzlich zum offiziellen Betrag für das Zimmer und die Honorare fakturiert (siehe Anlage zur Aufnahmeerklärung). Der Zimmer- und Honorarzuschlag für die von Ärzten erbrachten Leistungen ergeben sich aus der Wahl eines Einzelzimmers. Für die Leistungen die von anderen Pflegeerbringern geleistet wurden, ergibt sich der Honorarzuschlag aus der Tatsache, dass die Pflegeerbringer nicht konventioniert sind.  Für die anderen Behandlungen für welche Sie kein Zimmer belegen, ergeben diese Kosten sich aus Pflegeleistungen die von einem nicht-konventionierten Pflegeerbringer geleistet wurden.  Diese Beträge sind vollständig zu Lasten des Patienten. | | | | | | | | | | | | |
|
| (5) | Das Krankenhaus erstattet die erhöhten Kosten des Patienten für Wasser, Strom und Telefon, die durch die Heimdialyse entstehen | | | | | | | | | | | | |
| (6) | Die Abgabespanne ist eine Vergütung des Krankenhausapothekers, der die Implantate und Prothesen usw. lagert, sterilisiert und ausgibt | | | | | | | | | | | | |
| (7) | Die Sicherheitsmarge ist ein Prozentsatz der Basisentschädigung. Die um diesen Prozentsatz erhöhte Basisentschädigung ist der fakturierbare Höchstbetrag für das betreffende medizinische Hilfsmittel. | | | | | | | | | | | | |
| (8) | Zulassung: durch diesen Identifikations- oder Zulassungskode wird nachgewiesen, dass das Implantat beim LIKIV registriert ist. Die Registrierung ist für die meisten Implantate eine Bedingung, um dem Patienten oder der Krankenkasse das Implantat zu fakturieren. | | | | | | | | | | | | |
| (9) | Sie finden die vollständige Beschreibung der Leistung und ihrer Erstattungstarife, indem Sie den Kode der Leistung in die Datenbank "Nomensoft" eingeben. Nomensoft ist verfügbar auf der Webseite des LIKIV: [http://www.likiv.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) | | | | | | | | | | | | |

ANLAGE 37 (Fortsetzung 5)

|  |  |
| --- | --- |
| (10) | (A) Gemischte Mehrwertsteuerpflicht: das Krankenhaus ist nur dazu verpflichtet, die MwSt. zu berechnen für Dienste und Produkte, die es in Bezug auf die Eingriffe geleistet hat oder auf die Behandlungen, die ausschließlich für die Verschönerung des physischen Aussehens stattgefunden haben.  B) Sonderregelung für die Zahlung und Überwachung der Mehrwertsteuer: die MwSt. für die Eingriffe oder Behandlungen, die aus rein ästhetischen Gründen stattgefunden haben, wird vom Krankenhaus angezeigt und gezahlt, ohne Recht auf Mehrwertsteuerabzug seitens des Arztes. Dazu schließt das Krankenhaus ein Abkommen mit dem Arzt.  (C) Sonderregelung für die Zahlung der Mehrwertsteuer: die MwSt. für die Eingriffe oder Behandlungen, die aus rein ästhetischen Gründen stattgefunden haben, wird vom Krankenhaus angezeigt und gezahlt, mit Recht auf Mehrwertsteuerabzug seitens des Arztes. Dazu schließt das Krankenhaus ein Abkommen mit dem Arzt.  (D) Normale Mehrwertsteuerregelung: die MwSt. für die Eingriffe oder die Behandlungen, die aus rein ästhetischen Gründen stattgefunden haben, wird vom Arzt angezeigt und gezahlt.  (E) Mehrwertsteuerbefreiung für Kleinunternehmen: der Arzt ist vom MwSt. befreit für die Eingriffe oder Behandlungen, die aus rein ästhetischen Gründen stattfinden und aufgrund der beschränkten Anzahl solcher vom Arzt erbrachten Leistungen. |
| (11) | Die hier aufgeführten Leistungen, die tatsächlich erbracht worden sein müssen, sind diejenigen, die durch den obengenannten Gesamtbetrag abgedeckt sind, auf den einen Honorarzusatz erhoben werden kann, weil Sie in einem Einzelzimmer untergebracht sind. Der "Betrag der Referenzhonorare" (1. Spalte) entspricht den Basiswert dieser Dienstleistungen. |
|  |  |