

Helsana-Gruppe
Kundenservice Bern
z.H. Sabine Fischer
Worblaufenstrasse 200
3048 Worblaufen

Rechnung für monatliche Infrastrukturkosten und Dialysepartnerentschädigung

Monat	Vorname, Name
Jahr	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
Leistungserbringer Q001197 PLZ 3048 Bern	Strasse, Nr.
	PLZ, Ort
	Telefon
	Krankenversicherer
	Versicherungs-Nr. (Etikette)
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>

Bitte diejenigen Tage mit einem <input checked="" type="checkbox"/> markieren, an denen der unterzeichnende Patient die Heimdialyse durchgeführt hat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
	17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>
	25 <input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/>	28 <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	

Tage mit Peritonealdialysen (Infrastrukturkosten)	× CHF 10.– =
Tage mit Peritonealdialysen* (Infrastrukturkosten und Dialysepartner)	× CHF 30.– =
Tage mit Heimhämodialysen** (Infrastrukturkosten und Dialysepartner)	× CHF 70.– =

* Nur bei körperlicher Behinderung, welche die selbständige Durchführung der Peritonealdialyse verunmöglicht, sowie bei Kleinkindern.
** Für die Rechnungsstellung der Heimhämodialyse müssen wir das Formular dem Lieferanten weiterleiten.

Die Auszahlung erfolgt durch die Krankenversicherung an den Patienten.

Ich bestätige das Formular gelesen und korrekt/vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift Patient

X
