

Rechnung für monatliche Infrastrukturkosten und Dialysepartnerentschädigung

Monat	Jahr	Leistungserbringer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 Personalien

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenversicherer	Kundennummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Heimdialyse

Bitte diejenigen Tage mit einem markieren, an denen der unterzeichnende Patient die Heimdialyse durchgeführt hat:

<input type="checkbox"/> 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	

Bei Heimhämodialyse dürfen maximal 13 Tage verrechnet werden.

3 Kosten

<input type="text"/>	Tage mit Peritonealdialysen (Infrastrukturkosten)	<input type="text"/>	× CHF 10 =	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Tage mit Peritonealdialysen (Infrastrukturkosten und Dialysepartner)	<input type="text"/>	× CHF 30 =	<input type="text"/>
Nur bei körperlicher Behinderung, welche die selbstständige Durchführung der Peritonealdialyse verunmöglicht, sowie bei Kleinkindern.				
<input type="text"/>	Tage mit Heimhämodialysen (Infrastrukturkosten und Dialysepartner)	<input type="text"/>	× CHF 70 =	<input type="text"/>
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.

Unterschrift

Ort	Datum	Die versicherte Person oder deren gesetzliche Vertretung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einsenden an:
 CSS, Abteilung Services LPDB, Postfach 2550, 6002 Luzern