

RECHNUNG für Tages- oder Nachtstrukturen nach Artikel 7 Absatz 2ter KLV

Personalien Kunden/in	Name und Adresse der Versicherung
Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Versicherten-Nr.	

Verordnender Arzt/Ärztin	Pflegefachfrau/Pflegefachmann
Name	Name
Vorname	Vorname
Adresse	Adresse
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon	Telefon
ZSR-Nummer	ZSR-Nummer

Es handelt sich um: Unfall Krankheit Invalidität Prävention Mutterschaft
 Die Behandlung ist: abgeschlossen muss weitergeführt werden

Kalendarium (letzte Einstufung im Vormonat):

Ausgeführte Leistungen nach KLV 7 von..... bis

Datum	Pflegebedarf (Stufe nach KLV 7a Abs. 3 a bis I)	CHF	Datum	Pflegebedarf (Stufe nach KLV 7a Abs. 3 a bis I)	CHF

Material gemäss MiGeL	Positionsnummer	Material gemäss MiGeL	Positionsnummer

Gesamttotal KLV 7 Anzahl Tage/Nächte
 Gesamttotal Material gemäss MiGeL

CHF
 CHF

Rechnungsbetrag

CHF

Rechnungsdatum: