

# Rechnung für monatliche Infrastrukturkosten und Dialysepartnerentschädigung

Rechnungsmonat/-jahr

Vorname, Name

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Krankenversicherer

Versicherungsnummer

**Bitte diejenigen Tage ankreuzen, an denen der unterzeichnende Patient die Heimdialyse durchgeführt hat:**

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  
 17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31

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, dass ich das Formular gelesen und korrekt und vollständig ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient



**Formular einsenden an:**

Sanitas  
Konradstrasse 14  
Postfach  
8401 Winterthur

**sanitas**