



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna  
kpt.ch

Mittente

KPT  
Casella postale  
3001 Berna

## Conto mensile per i costi d'infrastruttura e indennizzo del partner

Mese \_\_\_\_\_ Cognome, nome \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ Data di nascita (giorno, mese, anno) \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
NPA, luogo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Assicuratore malattia \_\_\_\_\_  
N. di polizza \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	6	7	8
La preghiamo di barrare i giorni in cui il paziente sottoscritto ha effettuato la dialisi a domicilio.	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	31	

giorni con dialisi peritoneali (costi dell'infrastruttura) × CHF 10.– =

giorni con dialisi peritoneali\* (costi dell'infrastruttura e partner per la dialisi) × CHF 30.– =

giorni con emodialisi a domicilio\*\* (costi dell'infrastruttura e partner per la dialisi) × CHF 70.– =

\* Solo in caso di handicap fisico che renda impossibile l'esecuzione indipendente della dialisi peritoneale così come in caso dei bambini in tenera età.

\*\* Per la fatturazione della dialisi ematica a domicilio dobbiamo inviare il formulario al fornitore

### Il pagamento al paziente si effettua attraverso l'assicurazione malattia.

Confermo di aver letto il formulario e di averlo compilato in modo corretto e completo.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del/della paziente \_\_\_\_\_