



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Absender

KPT
Postfach
3001 Bern

Rechnung für monatliche Infrastrukturkosten und Dialysepartnerentschädigung

Monat	_____	Vorname, Name	_____
Jahr	_____	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	_____
		Strasse, Nr.	_____
		PLZ, Ort	_____
		Telefon	_____
		Krankenversicherer	_____
		Policen-Nr.	_____

Bitte diejenigen Tage mit einem Kreuz markieren, 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 das Formular gelesen und korrekt/vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____