



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 _____