

Bedarfsmeldeformular für SPITEX

Hauswirtschaftliche Leistungen (Keine Leistungen der Grundversicherung)

Name Krankenversicherer

Vorname Versicherten-Nr.

Strasse

PLZ/Ort Unfallversicherer

Geschlecht: weiblich männlich Geburtsdatum: Tag: Monat: Jahr:

In Behandlung wegen: Krankheit Invalidität Unfall Mutterschaft Lähmung

Häufigkeit der Leistungen: Dauer: von bis

Besonderes:

Spitex Interlaken und Umgebung
Zahlstellennummer: **L.7585.02**

Ärztin / Arzt:
Name:

Stempel / Zahlstellennummer

Datum und Unterschrift

.....