

Miete eines Elektropflegebettes

Datum: _____

A. Personalien

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ PLZ / Wohnort _____

Falls nicht übereinstimmend, Aufenthaltsort _____

B. Name und Adresse des Hausarztes

C. Name und Adresse einer Kontaktperson

Telefonnummer: _____

D. Gewünschte Zubehörartikel

E. Weitere Angaben, Bemerkungen (vgl. Merkblatt "Miete eines Elektropflegebettes")

F. Angaben zur Kostenübernahme

Patient ist Selbstzahler (weiter mit G.) Bitte suchen Sie einen anderen Kostenträger

Krankenversicherung _____

Besteht bei einer anderen Krankenversicherung eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher? _____

Werden Ergänzungsleistungen (EL) oder wird eine IV-Rente ausgerichtet? EL IV

Falls EL- oder IV-Zahlungen erfolgen, AHV-Nummer _____

Wird das Bett aufgrund eines Unfalls benötigt? Ja Nein

G. Kontakt für Auslieferung des Pflegebettes (sofern nicht mit C. identisch)

Wir nehmen in jedem Fall vor der Lieferung telefonisch Kontakt mit der unter G. angegebenen Person auf.

Diese Angaben werden eingereicht durch _____

