



Beiblatt 2 - Bestätigung der Krankenkasse für die Pflegefinanzierung
(nur für ausserkantonale Heimbewohner)

Die unterzeichnende Krankenkasse bestätigt, dass sie für nachgenannte Person folgende Leistungen erbringt:

Name/Vorname: _____ Vers.-Nr./NNS: _____

Beginn der Leistungen an den Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim: _____

Leistung aus KVG – BESA/RAI/RUG	1	2	3	4
- Stufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	6	7	8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	10	11	12
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fr. _____ / pro Tag

Dauer des Leistungsanspruchs _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
