**Gesuch um Rückerstattung doppelt bezahlter Patientenpauschalen**

**Antragssteller/in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname: |  |
| Adresse |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Versicherten-Nummer: |  |
| E-Mail: |  |
| Telefon: |  |

**Zahlungsverbindung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Finanzinstitut: |  |
| Adresse |  |
| Konto-Nummer: |  |
| IBAN-Nr.: |  |

**Rückforderung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Betreuende Spitex 1: |  |
| Betreuende Spitex 2: |  |
| Betreuende Spitex 3: |  |
| Total Rückforderungsbetrag: |  |
| Rechnung jeder Spitex pro Monat: |  |

Hiermit beantrage ich die Rückerstattung der doppelt bezahlten Patientenpauschalen von maximum Fr. 15.35 pro Tag. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich gemäss Rechnungsbeilagen von mehreren Spitex-Organisationen gleichzeitig betreut worden bin und die Patientenpauschale an alle diese Leistungserbringer entrichtet habe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum: |  | Unterschrift: |  |