



Abrechnung Pflegekostenbeiträge 1. Quartal 2024

Pflegebedürftige Person

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Pflegeverantwortliche Person

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon/Mail: _____
Bank-/Postverbindung: _____

Abrechnungsperiode für die Zeit vom **01.01.2024 bis 31.03.2024**

Ausfalltage

Spital- oder Kuraufenthalt, Ferienbett (entsprechendes bitte unterstreichen)

Anzahl Tage **91**

Januar - Anzahl Tage _____
Februar - Anzahl Tage _____
März - Anzahl Tage _____
= Total Pfl egetage _____ x CHF 30.00
= CHF _____

Die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:

Pflegebedürftige Person (wenn möglich, Datum und Unterschrift)

Pflegeverantwortliche Person (Datum und Unterschrift)
