

# 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 \_\_\_\_\_

