

**Heim:**


**Tarifausweis**


Name/Vorname _____	<b>(PLZ)</b>	
	Geburtsdatum _____	Versicherten-Nr. _____
Kontaktperson für Finanzielles Name/Vorname/Strasse/Ort _____	Krankenversicherer _____	Versicherten-Nr. _____
	Eintrittsdatum _____	Gültig ab _____

**Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit**

Leer lassen: - wenn Stufe der Pflegebedürftigkeit seit letzter Meldung unverändert

Unbedingt ausfüllen: - bei erstmaliger Meldung  
- bei Veränderung der Pflegestufe

**Heimeintritt / -aufenthalt ist:**

definitiv     ambulant     Ferien

**Einstufungssystem**

RAI/RUG Gruppe \_\_\_\_\_

BESA Anzahl Punkte \_\_\_\_\_

ROES Anzahl Punkte \_\_\_\_\_

**Leistungen des Krankenversicherers**

Vollpauschale

Teilpauschale

Keine

**Zentrales System**

Stufe 0     Stufe 4     Stufe 8

Stufe 1     Stufe 5     Stufe 9

Stufe 2     Stufe 6     Stufe 10

Stufe 3     Stufe 7

Datum: \_\_\_\_\_

Die Ärztin/der Arzt: \_\_\_\_\_

**Tarif**

	pro Tag	pro Jahr
1. Grundbetrag	Fr. _____	_____
2. Leistungen des Krankenversicherers an das Heim	Fr. _____	_____
3. Zwischentotal (ohne Hilflosenentschädigung)	Fr. _____	_____
4. Hilflosenentschädigung (wenn diese zusätzlich in Rechnung gestellt wird)	Fr. _____	_____
5. Gesamtbetrag	Fr. _____	_____

Dieser Tarif entspricht den dem Heim effektiv zufließenden Beträgen.

Jede Tarifänderung wird der AHV-Zweigstelle unverzüglich gemeldet.

Datum: \_\_\_\_\_

Die Heimleitung: \_\_\_\_\_