



Gemeindeverwaltung Schwarzenberg  
Sozialamt  
Dorfstrasse 12  
6103 Schwarzenberg

Ort / Datum:

## Gesuch um Rückzahlung doppelt bezahlter Patientenpauschale von Personen mit gesetzlichem Wohnsitz in Schwarzenberg und externer Betreuung

Hiermit stelle ich der Wohnsitzgemeinde Schwarzenberg die doppelt bezahlten Patientenpauschalen in Rechnung. Ich bestätige, während der Anzahl im Formular aufgeführten Tage von mehreren Leistungserbringern (Spitex, Pflegefachperson oder Tagesaufenthalt) gleichzeitig betreut worden zu sein und die Patientenpauschale an alle Leistungserbringer entrichtet zu haben.

Die Gemeinde Schwarzenberg übernimmt bei doppelt anfallenden Patientenbeteiligungen den tieferen Betrag.

### Angaben zur Person, für welche die Kostengutsprache angefragt wird:

Name / Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versicherten-Nummer:	
Adresse:	
Bank- / Postadresse:	
Konto-Nummer:	
IBAN:	

### Leistungserbringer:

Leistungserbringer 1:	
Leistungserbringer 2:	
Leistungserbringer 3:	

Leistungserbringer:	Zeitraum:	Anzahl Tage:

**Bitte alle Rechnungen der Leistungserbringer beilegen!**

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------