# Abrechnung Haushalthilfe / Hauspflege

## Versicherte Person

Name

Vorname

Kundennummer

## Angaben zur Person, welche die Hilfe erbringt

Name

Vorname

Adresse

## Rechnung

**Monat**

**Jahr**

Entschädigung pro Stunde in CHF

**Hinweis:** Ein vollständig ausgefülltes Formular vereinfacht uns die Abrechnung. Wir bitten um eine genaue Beschreibung pro Tag. Vielen Dank.

| **Datum** TT.MM.JJ | **Haushalthilfe** (Bsp. Beschreibung: kochen, waschen, putzen, einkaufen usw.) | **Hauspflege** (Bsp. Beschreibung: ankleiden, Körperpflege, Verbandwechsel usw.) | **Zeitaufwand** von hh:mm | bis hh:mm | h/min | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Total Zeitaufwand | | | | | | |
| **Totalbetrag CHF** | | | | | | **0.00** |

**Für die Haushalthilfe:** Die unterzeichnenden Personen bestätigen, dass sie nicht zu den nächsten Angehörigen der versicherten Person gehören.

## Betrag erhalten

Ort / Datum

Unterschrift Hilfsperson

Einsenden an:
CSS, Leistungsprüfung, Postfach 2568, 6002 Luzern

Form. 20d-11.22-pdf