

## 1. Personalien

Name..... Vorname.....  
 Geburtsdatum..... Zivilstand.....  
 Heimatort..... Telefon.....  
 PLZ / Wohnort..... Strasse.....  
 Krankenkasse..... Sektion.....  
 AHV Nummer..... IV-Rente  Nein  Ja %.....

Beistand  Vormund  Betreuer

Name..... Vorname.....  
 Adresse..... Telefon.....  
 PLZ Wohnort.....

## 2. Kostengutsprache

Der unterzeichnende Kostenträger übernimmt für folgende Leistungen die Kosten gemäss Taxordnung vom 01.10.2006

### a) Grundleistungen im Bereich Therapie und Rehabilitation

- Tagestaxen
- Urlaubstag (zur Finanzierung sozialer Rehabilitation)
- Sonderurlaubstag (bei Bedarf zur Finanzierung externer Aktivitäten)
- Ausgangstag (ganztäglich)
- Externe Übernachtung, wenn keine Wohnung vorhanden

### b) Nebenkosten pro Monat

- Taschengeld für monatlich Fr.....
- Fahrkosten, höchstens bis zum Wohnort

Bitte wenden

### 3. Richtlinien für die Zusammenarbeit

Gültigkeit der Kostengutsprache: .....

Rechnungsadresse: .....  
.....  
.....

Ansprechperson: .....  
Tel:.....

### 4. Bestätigung Unfallversicherung

Der Patient,  Die Zahlstelle, bestätigt hiermit, dass der Patient bei einer **Krankenkasse oder bei seinem Arbeitgeber** gegen **Unfall** versichert ist.

### 5. Unterzeichnung

Ort: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....