



Ambulante Pflegefinanzierung
Quartalsabrechnung für Patienten der Gemeinde Kreuzlingen für das Jahr

Leistungserbringer: _____

Patient/in	Januar			Februar			März								
	Tarifpos. KLV			Einnahmen CHF		Tarifpos. KLV			Einnahmen CHF		Tarifpos. KLV			Einnahmen CHF	
	7a	7b	7c	K' kasse	Patient/In	7a	7b	7c	K' kasse	Patient/In	7a	7b	7c	K' kasse	Patient/In
Total Min.															
Total Std.															
Total CHF															

Datum: _____ Unterschrift: _____