



RÉSEAU SANTÉ
DE LA SARINE

COMMISSION
DES INDEMNITÉS
FORFAITAIRES

**Antrag für
Pauschalentschädigung**

Avenue Jean-Paul II 10
1752 Villars-sur-Glâne

Sekretariat Tel.: 026 / 422 56 15

Registriert am:

(Poststempel):

Dossier-Nr:

1. Hilflose Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Geschlecht:

Beruf:

Tätig:

Besch.-Grad:

%

Strasse:

AHV-Nr.:

PLZ, Ort:

Tel.:

e-mail:

Natel:

An dieser Adresse wohnhaft seit:

Haupt- und Steuerwohnsitz im Kanton Freiburg seit dem:

Gesetzlicher Wohnsitz (Ort):

Bezirk:

Versicherung

Krankenkasse:

Adresse:

Vers.-Nummer:

2. Pflegende Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschl.:

Beruf:

Tätig:

Besch.-Grad:

%

Strasse:

AHV-Nr:

PLZ, Ort:

Tel.:

e-mail:

Natel:

Verwandschaft:

Gemeinsamer Haushalt:

Unmittelbare Nachbarschaft:

3. Derzeitige Hilfe

Falls vorhanden, Name der Institution:

4. Behandelnden Arzt

Name:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

5. Kommentare

Ort, Datum:

Unterschrift der Hilflösen Person:

Unterschrift der pflegenden Person:

Dieses Dokument muss an folgende Adresse gesandt werden:

Commission du district de la
Sarine pour l'aide et les soins à
domicile Secrétariat
Avenue Jean-Paul II 10
1752 Villars-sur-Glâne