|  |
| --- |
| Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  Gesundheitsamt  Rathausplatz 1  Postfach  3000 Bern 8 |
|
|

**Selbstdeklaration**

**zur Anwendung der Umsetzungscheckliste „Kontrollsystematik  
Erfassung und Abrechnung Leistungsvertrag betreffend   
Versorgungssicherheit in der ambulanten Pflege“**

|  |  |
| --- | --- |
| *Name Leistungserbringende* |  |
| *Strasse, PLZ, Ort* |  |

* Die Selbstdeklaration zur Umsetzungscheckliste ist gemäss Ziff. 8.2 der Allgemeinen Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag einzureichen.
* Die Leistungserbringende bestätigt die in der Umsetzungscheckliste festgehaltene Kontrollsystematik eingehalten zu haben. Die Durchführung ist nachvollziehbar dokumentiert und allfällige Massnahmen getroffen.
* Die Kontrollsystematik umfasst die Risikoschwerpunkte gemäss Struktur der Umsetzungscheckliste.

|  |  |
| --- | --- |
| *(Ort)*, den | *(Bezeichnung des Leistungserbringers/der Leistungserbringerin)*  *(Vor- und Nachname der unterschriftsberech-tigten Personen)*  *(Funktion)* |