

Anlage „Sterbebegleitungen Erwachsene“

Versichertenbezogener Nachweis der in 2020 geleisteten Sterbebegleitungen für die Krankenkasse (ehemals Anlage 2 – bitte im verschlossenen Umschlag einreichen).

Name des Hospizdienstes

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Name der Krankenkasse: _____

Im Jahr 2020 wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 durchgeführt:

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Beginn der Begleitung | Ende der Begleitung |
|---------------|--------------|-----------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Datum

Name, Vorname

Unterschrift