Anlage „Sterbebegleitungen Erwachsene“

Versichertenbezogener Nachweis der im Jahr 2024 geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 6 Abs. 4 für die Krankenkasse (bitte im verschlossenen Umschlag einreichen)

_____
Name des Hospizdienstes

_____
Straße, Nr.

_____
PLZ, Ort

Name der Krankenkasse: _____

Im Förderjahr 2024 wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 21.11.2022, durchgeführt:

Name, Vorname	**Geburtsdatum**	**Beginn der Begleitung**	**Ende der Begleitung**

_____ _____ _____
Datum Name, Vorname Unterschrift