# Anlage „Sterbebegleitungen Erwachsene“

Versichertenbezogener Nachweis der in 2019 geleisteten Sterbebegleitungen für die Krankenkasse

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Hospizdienstes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse, Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

**Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Im Jahr 2019 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