ZUR ÜBERSENDUNG AN DIE ZUSTÄNDIGE KRANKENKASSE

Krankenkasse:

$healthinsurance\_address$

Nachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 5 Abs. 7 Satz 7 und 9

Hospizdienst:

$client\_address$

(ggf. Stempel)

Im Förderjahr 2020 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 14.03.2016, durchgeführt:

$html\_anlage2b$

Koordinator/in:

Datum Name, Vorname Unterschrift