|  |
| --- |
| **Anlage 10** zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Förderjahr 2018** |  |  |  |  |  |  |

**Liste der Kooperationsvereinbarungen mit Erwachsenenhospizdiensten**

**(die Kooperationsvereinbarungen können von den Krankenkassen bei Bedarf eingesehen werden)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kinder- und Jugendhospizdienstes (Vernetzungsdienst): |  |
| **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |  |
|  |  |  |

Im Förderjahr **2018** 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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. 1 | Hospizverein | Kooperations-vereinbarung ab: | Anlage 9 liegt dem Antrag ausgefüllt bei: | Anschrift (Straße, PLZ, Ort) |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum Stempel / Unterschrift des AHD-Verantwortlichen