|  |
| --- |
| **Anlage 7** zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Förderjahr 2018** |  |  |  |  |  |  |
| **Gesamtnachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne des § 5 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift der für die Durchführung der |  | Stempel/Anschrift des  |   |
| Förderung kassenartenübergreifend |  | Ambulanten Hospizdienstes |
| zuständigen Stelle |   |  |  |  |   |
|  |   |   |  |  |   |   |
| **Krankenkassenverbände in Bayern**  |  |  **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |  |   |
| **c/o AOK Bayern, Zentrale** |   |  |   |  |   |
| **Carl-Wery-Str. 28** |   |  |  |  |   |
| **81739 München** |  |   |  |  |  |   |
|   |  |   |  |  |  |   |
|   |   |   |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Im Förderjahr **2018** wurden die nachfolgenden abgeschlossenen 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: |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Name der Krankenkasse |  |  | PKV | Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen \*) |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |  | PKV | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| ***GESAMT*** |  |  |  | ***PKV*** | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |  |
| Name der Krankenkasse |   |   | GKV | Anzahl der abgeschlossenen |
|   |   |   |   |  | Sterbebegleitungen \*) |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
|  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |   |   | GKV |  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |   |
| ***GESAMT*** |  |  |  | ***GKV*** | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |  |

*\*) Hinweis für den Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst: Anzahl der bis zum 01.11.2017 begonnenen Begleitungen*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Sofern die Tabelle nicht ausreicht, bitten wir die Daten in einer zusätzlichen Anlage nach dem Muster dieser Tabelle einzureichen.*