|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.*