# Einzelfallnachweis für Sterbebegleitung zur Vorlage bei der Krankenkasse

|  |  |
| --- | --- |
| Sterbebegleitung erfolgte für  Vorname  Name  Geburtsdatum  Straße  Postleitzahl und Ort  Versicherungsnummer (falls bekannt)  Sterbebegleitung endete am (Datum) |  |

# Kontoverbindung des ambulanten Hospizdienstes

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber  Bankinstitut  IBAN  BIC |  |

Die Sterbebegleitung wird bestätigt.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Stempel und Unterschrift des Hospizdienstes |