|  |
| --- |
| **Anlage 6** zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V |

(entspricht der Anlage 2 der Rahmenvereinbarung)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift der zuständigen Krankenkasse der Versicherten | | |  | Stempel / Anschrift des Ambulanten Hospizdienstes (AHD) | |  |

**Förderjahr 2020 - Nachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne v. § 5 Abs. 7 Sätze 7 und 8 der Rahmenvereinbarung**

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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Beginn der Begleitung | Ende der Begleitung |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Name | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Beginn der Begleitung | Ende der Begleitung |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ort, Datum Unterschrift des Verantwortlichen des AHD