|  |
| --- |
| **Anlage 7** zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V |
|  |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |   |  |   |
| Krankenkassenverbände in Bayern c/o AOK Bayern, ZentraleFrau KollmerJahnstraße 683646 Bad Tölz |  |  |   |  |   |
|  |  |  |   |  |   |
|  |  |   |  |   |  |   |
| Anschrift der für die Durchführung der Förderung kassenartenübergreifend zuständigen Stelle |  | Stempel / Anschrift des Ambulanten Hospizdienstes (AHD) |   |

**Förderjahr 2021 - Gesamtnachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne des § 5 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Im Förderjahr **2021** 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: |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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. |  |
| 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 01.11.2020 begonnenen Begleitungen*

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

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