|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anlage 7** zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  |  | | |  | | | | |  |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | |  |  |  |  | | Krankenkassenverbände in Bayern  c/o AOK Bayern, Zentrale  Frau Kollmer  Jahnstraße 6  83646 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.*