Krankenkasse: _____ (diese Anlage ist der Krankenkasse bis zum **31.03.2026** zur Verfügung zu stellen. **Ausschlussfrist!**)

Im Jahre 2025 wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten berücksichtigungsfähige Sterbebegleitungen gemäß der Rahmenvereinbarung* durchgeführt:

Name, Vorname	**Geburtsdatum**	**Beginn der Sterbebegleitung**	**Ende der Sterbebegleitung****

* In der jeweils gültigen Fassung

**** Bitte tragen Sie hier das Datum des letzten Besuchs der/des Ehrenamtlichen bei der/dem lebenden Begleiteten ein.**
Bei Verzug in das stationäre Hospiz ist dies spätestens der Umzugstag!

Sofern weitere Sterbebegleitungen geleistet wurden bitte diese auf einem Sonderblatt angeben.

Datum	Unterschrift Koordinator(in)	Stempel des Hospizdienstes	Institutionskennzeichen