

Nachweis der berücksichtigungsfähigen Sterbebegleitungen gemäß der Rahmenvereinbarung*

Name Hospizdienst, Anschrift, IK	
---	--

Anzahl	Name der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) bzw. der am Förderverfahren teilnehmenden privaten Krankenversicherung (PKV), KVB und PBeaKK
	Gesamtanzahl

**

* In der jeweils gültigen Fassung

** Falls der Platz nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt verwenden

Unterschrift und Stempel des Hospizdienstes