# **Nachweis der berücksichtigungsfähigen Sterbebegleitungen gemäß der Rahmenvereinbarung\***

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

\*  In der jeweils gültigen Fassung

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

 Unterschrift und Stempel des Hospizdienstes