Krankenkasse: _____ (diese Anlage ist der Krankenkasse bis zum **31.03.2019** zur Verfügung zu stellen)

Im Jahre 2018 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

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

_____ _____ _____

Datum Unterschrift Koordinator(in) Stempel des Hospizdienstes Institutionskennzeichen