

Anlage 14

Leistungsnachweis für Monat:

Versicherter

Name:

Krankenkasse:

Vorname:

Versichertennummer:

Geb.-Datum:

Erstverordnung vom:

Ende der SAPV	von	bis	Unterbrechung der SAPV	von	bis
durch Rückführung AAPV			durch Rückführung AAPV		
Krankenhaus-einweisung			Krankenhaus-einweisung		
stationäres Hospiz			stationäres Hospiz		
Patientenwunsch			Patientenwunsch		
durch Tod am:					

Folgeverordnung von:

Betriebstättensnummer: 740100663

SAPV-Team: Palliativnetz Travebogen

Leistungen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Summen
Beratung / Koordination																																
Folgekoordination (ab 29. Tag)																																
Palliativärztlicher Einsatz ambulant																																
Palliativpflegerischer Einsatz ambulant																																
Palliativeinsatz psychosoz. Berufe nach § 11 Abs. 4																																
Palliativärztlicher Einsatz im stat. Hospiz																																
Telefonische Beratung (Anzahl)																																
7-Tage-Regelung (Für die ersten sieben Tage der Verordnung)																																

Unterschrift SAPV-Team

Unterschrift Patient / Vertreter