

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 4a

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V (Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Mitteilung über die Beendigung der SAPV (Vollversorgung)

An

Korrespondenzstelle der Krankenkasse: _____

Telefax: _____

Vollversorgung wurde beendet am: _____

• Beendigungsgrund:

- Versicherte/Versicherter verstorben
- Versicherte/Versicherter unter Vollversorgung stabilisiert, AAPV/additiv unterstützende Teilversorgung ausreichend
- sonstiger Grund: _____
- Aufnahme
 - Krankenhaus/Palliativstation
 - stationäres Hospiz
 - Sonstige: _____

Sonstige Mitteilung:

Datum der Erhebung: _____

PKD: _____

Unterschrift PKD/QPA