

# **Nachweis an die Einzelkasse über die geleisteten Sterbebegleitungen in 2025**

**im Sinne von § 6 Abs. 4 zur Antragstellung nach § 39a (2) SGB V  
im Jahre 2026**

für die gesetzliche Krankenkasse<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name des AHD)

\_\_\_\_\_  
(Ortsangabe, Anschrift)

(Blatt Nr. .... )

Im Förderjahr wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i.d.F. vom 21.11.2022, durchgeführt:

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beginn der Sterbebegleitung	Ende der Sterbebegleitung
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<sup>1</sup>

**Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen die Namen der Versicherten nicht innerhalb des Antragsverfahrens mitgeteilt werden.**

Je Krankenkasse ist ein gesondertes Blatt über den Nachweis der geleisteten Sterbebegleitung(en) auszufüllen und an die entsprechende gesetzliche Krankenkasse des Versicherten zu senden.