

# **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 aufgeführt 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					

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<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.