

Abrechnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Monat: _____

Angaben zum Versicherten: _____, _____, _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versichertennummer

		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	Anzahl Gesamt	
Einsatz 1 Pflege	Einsatzbeginn																																	
	Einsatzende																																	
Einsatz 2 Pflege	Einsatzbeginn																																	
	Einsatzende																																	
Einsatz 3 Pflege	Einsatzbeginn																																	
	Einsatzende																																	
Einsatz 1 Ärztl. Leistung	Einsatzbeginn																																	
	Einsatzende																																	
Einsatz 2 Ärztl. Leistung	Einsatzbeginn																																	
	Einsatzende																																	
Einsatz 3 Ärztl. Leistung	Einsatzbeginn																																	
	Einsatzende																																	

Pauschale

E																																		
B																																		
P1																																		
P2																																		
P3																																		
A1																																		
A2																																		

Pauschale	Anzahl	x Vergütung	Rechnungssumme
E			€
B			€
P1			€
P2			€
P3			€
A1			€
A2			€
Gesamt			

Wir bestätigen die angegebenen Leistungen entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen erbracht zu haben:

Name des SAPV-Leistungserbringers

Anschrift

IK-Nummer

Datum, Unterschrift

Folgende Kooperationspartner haben ganz oder teilweise die Leistungen erbracht (Name oder IK-Nummer):
