

# 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		
<b>Einsatz 1 Pflege</b>	Einsatzbeginn																																		
	Einsatzende																																		
<b>Einsatz 2 Pflege</b>	Einsatzbeginn																																		
	Einsatzende																																		
<b>Einsatz 3 Pflege</b>	Einsatzbeginn																																		
	Einsatzende																																		
<b>Einsatz 1 Ärztl. Leistung</b>	Einsatzbeginn																																		
	Einsatzende																																		
<b>Einsatz 2 Ärztl. Leistung</b>	Einsatzbeginn																																		
	Einsatzende																																		
<b>Einsatz 3 Ärztl. Leistung</b>	Einsatzbeginn																																		
	Einsatzende																																		

**Pauschale**

<b>E</b>																																			
<b>B</b>																																			
<b>P1</b>																																			
<b>P2</b>																																			
<b>P3</b>																																			
<b>A1</b>																																			
<b>A2</b>																																			

Pauschale	Anzahl	x Vergütung	Rechnungssumme
<b>E</b>		€	
<b>B</b>		€	
<b>P1</b>		€	
<b>P2</b>		€	
<b>P3</b>		€	
<b>A1</b>		€	
<b>A2</b>		€	
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):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_