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 insgesamt
Einsatz 1	Einsatzbeginn																																
	Einsatzende																																
Einsatz 2	Einsatzbeginn																																
	Einsatzende																																
Einsatz 3	Einsatzbeginn																																
	Einsatzende																																
	Pauschale																																
	E																																
	B																																
	P1																																
	P2																																
	P3																																
	A1																																
	A2																																

Pauschale	Anzahl	x Vergütung	= Rechnungssumme
E		€	
B		€	
P 1		€	
P 2		€	
P 3		€	
A 1		€	
A 2		€	
		Insgesamt =	

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): _____