

An<sup>1</sup>

auf der Grundlage des § 40 Absatz 3 der Bundesbeihilfeverordnung in Verbindung mit dem Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen vom 13.07.2015 stellt der nachfolgend genannte ambulante Hospizdienst für erbrachte Hospizleistungen der o. g. Beihilfefestsetzungsstelle folgenden Kostenbeitrag in Rechnung:

**969,53 Euro**

Die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes wurden erbracht für folgende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person:

---

(Name, Vorname)

beihilfeberechtigte Person:

---

(Name, Vorname)

Beihilfenummer: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Die Sterbegleitung wurde erbracht im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_.

#### **Angaben zum ambulanten Hospizdienst**

##### **Name des ambulanten Hospizdienstes (AHD):**

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Telefax:

Ansprechpartner/in:

E-Mail-Adresse:

Weitere Zweigstellen:

---

<sup>1</sup> Name und Anschrift der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle bitte einfügen

**Träger des Dienstes:**

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Telefax:

**Bitte überweisen Sie den o. g. Betrag auf folgendes Konto<sup>2</sup>:**

Kontoinhaber:

Bankinstitut:

IBAN:

BIC:

Institutionskennzeichen:

Es wird bestätigt, dass der Hospizdienst auf der Grundlage des § 39a Abs. 2 SGB V sowie der entsprechenden Rahmenvereinbarung eine Förderung erhält. Datum des letzten Förderbescheids der gesetzlichen Krankenkassen: \_\_\_\_\_ .

Der ambulante Hospizdienst gehört folgender Organisation an (bitte ankreuzen):

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
- Bundesverband Kinderhospiz e. V.
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
- Deutsches Rotes Kreuz e. V.
- Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
- Andere Organisation, die den Regelungen des o. g. Vertrags beigetreten ist:

\_\_\_\_\_  
(Name dieser Organisation)

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des ambulanten Hospizdienstes

<sup>2</sup> Bitte geben Sie die Bankverbindung an, die im Zusammenhang mit Ihrem Institutionskennzeichen (IK) gespeichert ist.