

**Anlage 4 Anzeige der Einleitung einer SAPV-Vollversorgung nach Anlage 6 Ziffer 5  
(umgehend an die KVWL zu übermitteln)**

**Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Datum des Beginns der Einschreibung:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

**Datum des Beginns der Vollversorgung:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

**Zuständiger PKD: .....**

**Ort, Datum: .....**

**Stempel, Unterschrift des QPA:**

---