

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

#### Anlage 4a

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V (Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

### Mitteilung über die Beendigung der SAPV (Vollversorgung)

#### An

Korrespondenzstelle der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Vollversorgung wurde beendet am: \_\_\_\_\_

• Beendigungsgrund:

- Versicherte/Versicherter verstorben
- Versicherte/Versicherter unter Vollversorgung stabilisiert, AAPV/additiv unterstützende Teilversorgung ausreichend
- sonstiger Grund: \_\_\_\_\_
- Aufnahme
  - Krankenhaus/Palliativstation
  - stationäres Hospiz
  - Sonstige: \_\_\_\_\_

Sonstige Mitteilung:

---



---

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_

PKD: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift PKD/QPA