

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



**Anlage 14**

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)

**- Feedback-Bogen -**

<p>Via KIM/alternativ Telefax an den PKD:</p> <p>KIM-E-Mail-Adresse des PKD:</p> <hr/> <p>Faxnummer des PKD:</p> <hr/>
--

Mein o. a. Patient ist verstorben.

Sterbedatum: \_\_\_\_\_

Sterbeort:

- Zuhause
- Alten-/Pflegeheim
- Hospiz
- Krankenhaus – Palliativstation
- Krankenhaus – andere Station
- Sonstige
- unbekannt

Sonstige Bemerkungen:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes