

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 gem. § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V (Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

## Feedback-Bogen

Bitte an **PKD Höxter**  
 Fax-Nr.: **0521-92 27 10 39**

-----

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