

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> <p>_____</p> <p>Faxnummer des PKD: SIWOL</p> <p>0271/ 405 700 12</p> <p>_____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Mein o. a. Patient ist verstorben.

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

Sterbeort:

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

<p><b>Sonstige Bemerkungen:</b></p>          
-----------------------------------------------------------------------------

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

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