


# Abrechnungsf formular für die ambulante Palliativversorgung\*

(entsprechend § 37 b/ 132 d SGB V oder vergleichbarer Verträge zur ambulanten Palliativversorgung).

Bitte pro versorgtem Versicherten ein Formular abrechnen

Stempel des Leistungserbringers:  
Name/Adresse/ Tel.

Bankverbindung:

Konto: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Örtlich geltender SAPV-Vertrag: \_\_\_\_\_

Der Vertrag ist einsehbar unter der Internetadresse [www.sapv.at](http://www.sapv.at).

Datum	Ziffer	Wert
<b>Summe</b>		

Ich versichere, dass der Leistungserbringer an dem o.a. Vertrag teilnimmt und die Abrechnungsvoraussetzungen dieser Abrechnung erfüllt sind.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift/ Stempel