

Anlage 4

Leistungsnachweis (SAPV)

Die erbrachten Leistungen sind vom PCT jeweils mit der Rechnungsstellung zu bestätigen.

Der Leistungsnachweis muss folgende Mindestinhalte aufweisen:

- Zeitraum
- Krankenkasse des Leistungsempfängers
- Name, Vorname des Leistungsempfängers
- KV-Nummer des Leistungsempfängers
- Geburtsdatum des Leistungsempfängers
- IK des Leistungserbringers
- Betriebsstättennummer des Leistungserbringers
- Tabellarische Übersicht der erbrachten Leistungen mit Nennung des Mitarbeiters je Kalendertag

Beispiel:

Datum	Versorgung	Beratung	Koordination	Mitarbeiter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Unterschriftenzeile PCT:
„Ich bestätige die vertragsgemäße Ausführung der oben angegebenen Leistungen“
 - Datum
 - Unterschrift Verantwortlicher Leistungserbringer PCT
- Unterschriftenzeile Versicherter / Bezugsperson:
„Ich bestätige die Durchführung der oben angegebenen Versorgung“
 - Datum
 - Unterschrift Versicherter / Bezugsperson