

## Antrag auf Aufwandsentschädigung im Rahmen des Peer-Besuchsprogramms

Ich habe als Peer den Patienten \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ in seinem häuslichen Bereich an der Adresse

besucht und beantrage die Aufwandsentschädigung gemäß Peer-  
Entschädigungsordnung.

Die Adresse ist  die Wohnung des Patienten  ein neutraler Bereich

Ich bestätige, dass bei diesem Patienten die Anspruchsvoraussetzungen für einen  
Peerbesuch vorliegen.

Ich bestätige ferner, dass ich im Zusammenhang mit diesem Peerbesuch von keinem  
anderen Kostenträger (z.B. Selbsthilfegruppe, Krankenhaus, Krankenkasse,  
Berufsgenossenschaft, Patient) irgendwelche Zuwendungen erhalten habe.

Ich erkläre hiermit, dass ich auf die Auszahlung des fälligen Betrags  
rechtsverbindlich verzichte und dass diese Leistung freiwillig dem Bundesverband  
als Spende für satzungsmäßige Zwecke zur Verfügung gestellt wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Peer

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

BMAB-Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Falls Überweisung gewünscht:

IBAN | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ | BIC \_\_\_\_\_

Bankname, Bankort \_\_\_\_\_

Bitte verwenden Sie immer die neueste Version dieses Formulars, erhältlich unter  
[https://peerma/Antrag\\_auf\\_Aufwandsentschaedigung\\_Hausbesuch.pdf](https://peerma/Antrag_auf_Aufwandsentschaedigung_Hausbesuch.pdf).