

## 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. Dieser Antrag muss zeitnah, spätestens bis Ende des auf den Peerbesuch folgenden Monats eingereicht werden.

Die Adresse ist  die Wohnung des Patienten  ein neutraler Bereich

Ich bestätige, dass bei diesem Patienten die Anspruchsvoraussetzungen für einen Peerbesuch vorliegen. Das vom Patienten unterschriebene Formular „Patienteninfo und Einverständniserklärung“ sowie die Besuchsbestätigung liegen diesem Antrag bei.

Ich bestätige ferner, dass ich im Zusammenhang mit diesem Peerbesuch von keinem anderen Kostenträger (z.B. Selbsthilfegruppe, Krankenhaus, Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Patient) 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 senden Sie diesen Antrag mit den notwendigen Anlagen an [abrechnung@peerna.de](mailto:abrechnung@peerna.de)