

## Antrag auf Aufwandsentschädigung im Rahmen des Peer-Besuchsprogramms

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

am \_\_\_\_\_ in der Klinik \_\_\_\_\_

besucht und beantrage die Aufwandsentschädigung gemäß Peer-Entschädigungsordnung.

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) 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 \_\_\_\_\_