

Ihr Name, Straße, PLZ und Ort

---

Name der PKV  
Straße  
PLZ und Ort

Datum:

**EILT SEHR !**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Ihre Bestätigung der Übernahme der SAPV-Kosten für meine geplante Versorgung ab dem \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ in Anlehnung an die mit den gesetzlichen Krankenkassen in Hessen gemäß § 132d SGB V geschlossene Vereinbarung, abrufbar unter [www.fachverband-sapv.de](http://www.fachverband-sapv.de) (Downloads, Verträge).

Diesem Schreiben beigelegt ist die ärztliche Verordnung, mit der das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen entsprechend der geltenden SAPV-Richtlinie gemäß § 92 SGB V (Anlage) in Verbindung mit § 37b SGB V bestätigt wird.

Die Kostenübernahme Ihrerseits sollte auf Basis der offiziellen Empfehlung des PKV-Verbands im Wege der Kulanz erfolgen. Bei Rückfragen bitte ich Sie höflich um Kontaktaufnahme mit dem PKV-Verband.

Sollten Sie Rückfragen zu Einzelheiten der umgehend aufzunehmenden Versorgung haben, wenden Sie sich bitte schnellstmöglich an die Palliativteam Frankfurt gGmbH in Frankfurt (Tel. 069 – 1302 556 100), welche ich beabsichtige, mit der Versorgung zu beauftragen.

Angesichts der medizinischen Dringlichkeit sehe ich Ihrer Kostenübernahme-Erklärung binnen 48 Stunden dankend entgegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Name