

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (QS-V Geriatrie)

**Kooperationsvertrag
mit weiteren Berufsgruppen nach § 5 der
Qualitätssicherungsvereinbarung spezialisierte geriatrische Diagnostik
zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

Die Einbindung der Berufsgruppen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie bei der Durchführung der geriatrischen Assessmentverfahren gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erfolgt

in den Praxisräumlichkeiten des Arztes, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt

oder

in folgenden Räumlichkeiten in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Arztpraxis:

(Adresse)

Die auf Seite 2 genannten Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie

- mit dem antragstellenden Arzt, gemäß § 5 der QS-V Geriatrie, bei Bedarf bei der Durchführung der geriatrischen Assessmentverfahren nach § 4 am o. g. Ort kooperieren
- folgende Qualifikationen nach § 5 Abs. 2 der QS-V Geriatrie erfüllen und diese jederzeit unter Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen nachweisen können:
 - Ausbildung gemäß „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012 und
 - mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie mindestens eine nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie und
 - Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren.

Physiotherapie

Name

Anschrift

Unterschrift

Ergotherapie

Name

Anschrift

Unterschrift

Logopädie

Name

Anschrift

Unterschrift

Änderungen des Kooperationsvertrages sind gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unverzüglich anzuzeigen.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift des Arztes

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt