

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen gemäß der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern

Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)	Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:
Vorname: _____	Vorname: _____
Zuname: _____	Zuname: _____
LANR: _____	LANR: _____

Die nachfolgend genannten Kooperationspartner erklären mit ihrer Unterschrift, dass sie

- ☛ mit dem antragstellenden Arzt, gemäß § 4 der Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, im Rahmen der Versorgung der Palliativpatienten kooperieren
- ☛ Die Zusammenarbeit und Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben sicherstellen:
 - ☛ Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten an Wochenenden und Feiertagen,
 - ☛ Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,
 - ☛ Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
 - ☛ Durchführung von Konsilen

Stationäre Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen	
Name: _____	_____
Anschrift: _____	_____
Unterschrift: _____	_____
Name: _____	_____
Anschrift: _____	_____
Unterschrift: _____	_____



Ambulante Hospizdienste

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Stationäre Hospize

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Palliativdienste

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Palliativstationen

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____



SAPV-Teams

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Ggf. weitere Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeuten)

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Unterschrift: _____

Der Pflegedienst wird vom Patienten, dessen Berater oder Bevollmächtigten gewählt; sofern möglich und gewünscht, wird ein palliativ-spezialisierter oder in der Palliativversorgung erfahrender Pflegedienst mit 24-h-Erreichbarkeit gewählt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die in der Erklärung ggf. nicht aufgeführten Leistungserbringer in meiner Region nicht tätig sind und somit keine Kooperation möglich ist.

Änderungen der gemachten Angaben sind gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unverzüglich anzuzeigen.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

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



Bitte beifügen

Stand: März 2019