Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN

Engagiert für Gesundheit.

Anlage I – Kooperationen
zur interdisziplinären Zusammenarbeit

Der teilnehmende Arzt sowie die aufgeführten Kooperationspartner erklären anhand ihrer Unterschrift die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilien

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Leistungserbringer
(Titel/Name/Vorname)……..

Betriebs-
/Nebenbetriebsstätte……

Ich bestätige, dass ich mit folgenden an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern eng kooperiere:

Stationäre Pflegeeinrichtung und/oder andere beschützende Einrichtung

Name der Pflegeeinrichtung und/oder der beschützenden Einrichtung, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Einrichtungsleitung)

Stationäre Pflegeeinrichtung und/oder andere beschützende Einrichtung

Name der Pflegeeinrichtung und/oder der beschützenden Einrichtung, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Einrichtungsleitung)

Ambulanter Hospizdienst

Name des ambulanten Hospizdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Dienstleistung)

Name des ambulanten Hospizdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Dienstleitung)

Stationäre Hospize

Name des stationären Hospiz, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Hospizleitung)

Name des stationären Hospiz, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Hospizleitung)

Palliativdienste

Name des Palliativdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Dienstleitung)

Name des Palliativdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Dienstleitung)

Palliativstationen

Name der Palliativstation, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Stationsleitung)

Name der Palliativstation, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Stationsleitung)

SAPV-Team

Name des SAPV-Team, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Teamleitung)

Name des SAPV-Team, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Teamleitung)

Ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)

Vor- und Nachname, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Leistungserbringer)

Vor- und Nachname, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Leistungserbringer)

An der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten ambulanten Pflegediensten

Name des Pflegedienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)		
Wir können eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten	☐ ja	☐ nein
Unterschrift (Pflegeleitung)		

Name des Pflegedienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)		
Wir können eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten	☐ ja	☐ nein
Unterschrift (Pflegeleitung)		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Vertragsarzt / Unterschrift und Stempel vom Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums