

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für _____ seit: _____

Schwerpunkt: _____ seit: _____

Zusatzbezeichnung: _____ seit: _____

Angestellter Arzt bei: _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit

Praxisgemeinschaft mit

Zulassung / Ermächtigung ab: _____

Fachliche Anforderungen

Praktische Erfahrungen:

- Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team

oder

- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre

Theoretische Kenntnisse:

- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer

oder

- Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach

oder

- Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach.

Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:

Ich verpflichte mich ebenfalls regelmäßige palliativmedizinische Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten/Jahr, insbesondere durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen im Rahmen der Fortbildung nach § 95d, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen.

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung
Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.

**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)

An der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten ambulanten Pflegediensten

Name des Pflegedienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)	
Wir können eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unterschrift (Pflegeleitung)	

Name des Pflegedienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)	
Wir können eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unterschrift (Pflegeleitung)	

Ort, Datum

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