

Anlage 1

zur Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein und der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung

Ich beantrage die Teilnahme an o. g. Vereinbarung als

HAUSARZT

FACHARZT

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.	Fax Nr.	E-Mail:
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		

Ich habe einen 40-stündigen Kurs zur Weiterbildung in der Palliativmedizin absolviert.

(Nachweis liegt bei, sofern bei der KV Nordrhein noch nicht vorliegend)

<p>1. Mir sind die Ziele und Inhalte des Vereinbarung zur über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld bekannt, insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none">- dass meine Teilnahme freiwillig ist;- dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vereinbarungsteilnahme festgelegt wird;- dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst (§ 15 Abs. 1 wird insoweit ausdrücklich anerkannt) oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann;- welche vertraglichen Aufgaben ich als Haus- und/oder/ Facharzt gemäß § 5 zu erfüllen habe;- dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht.	<p>2. Ich werde an einem Qualitätszirkel/Fortbildung teilnehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird. Pro Kalenderjahr sind mindestens zwei Qualitätszirkelsitzungen/Fortbildungen zu absolvieren, die Nachweise hierüber werde ich der KV Nordrhein zur Aufrechterhaltung meiner weiteren Vertragsteilnahme ohne Aufforderung übersenden.</p> <p>3. Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.</p> <p>4. Die KV Nordrhein ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskostenbeiträge gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.</p>
--	---

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen der Vereinbarung.

Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt/Berufsausübungsgemeinschaft
-----------	--------------	--

**Anlage 4
zur Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein und der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar
erkrankten Patienten**

**Antrag auf Genehmigung
zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung**

Ich beantrage die Teilnahme an o. g. Vereinbarung als

Qualifizierter Palliativ-Arzt

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.	Fax Nr.	E-Mail:
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		

**Ich habe die Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ nach der Weiterbildungsordnung
der Ärztekammer abgeschlossen.**

(Nachweis liegt bei, sofern bei der KV Nordrhein noch nicht vorliegend)

- Mir sind die Ziele und Inhalte der Vereinbarung zur palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld bekannt, insbesondere:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist
 - dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vereinbarungsteilnahme festgelegt wird
 - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst (§ 15 Abs. 1 wird insoweit ausdrücklich anerkannt) oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann
 - welche vertraglichen Aufgaben ich als qualifizierter Palliativ-Arzt gemäß § 7 zu erfüllen habe
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht
- Ich verpflichte mich u. a.:
 - an palliativmedizinischen Fortbildungen bzw. multidisziplinären Fallkonferenzen sowie an einem Qualitätszirkel (mindestens zweimal jährlich) teilzunehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird (die Nachweise hierüber werde ich der KV Nordrhein zur Aufrechterhaltung meiner weiteren Vertragsteilnahme ohne Aufforderung übersenden).
 - an einer Regelung zur „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ teilzunehmen
 - zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur standardisierten Dokumentation
- Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.
- Die KV Nordrhein ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskostenbeiträge gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen der Vereinbarung.

Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt / Berufsausübungsgemeinschaft
-----------	--------------	--