



## Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung

**Hinweis:** bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

### Die Antragstellung erfolgt für:

Name, Vorname, Titel	LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab: \_\_\_\_\_

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team mit den Kooperationspartnern ist der KV Hamburg bereits bekannt und bleibt weiterhin bestehen.
- Die Kooperationspartner haben sich geändert und müssen in der nachfolgenden Tabelle (Seite 2) mit den jeweiligen Unterschriften der KV Hamburg mitgeteilt werden.

Es wird eine enge Kooperation mit folgenden an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern gewährleistet:

**Adresstempel Kooperationspartner**

**Datum, Unterschrift**

	Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtungen (Pflichtangabe)
	ambulanter Hospizdienst (Pflichtangabe)
	Stationäres Hospiz (Pflichtangabe)
	Palliativdienst (Pflichtangabe)
	Palliativstation (Pflichtangabe)
	SAPV-Team (Pflichtangabe)
	ambulanter Pflegedienst (Pflichtangabe)
	ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeut) (Pflichtangabe)

**Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben