



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

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

Hinweis: Bitte fügen Sie diesem Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihren Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragsstellung 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 unten stehenden Tabelle mit den jeweiligen Unterschriften der KV Hamburg mitgeteilt werden.

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

Adressstempel 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 Antragsteller/in