

Arztstempel

FAXANTWORT - 040 / 22 80 2 - 420

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team

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

Name, Vorname, Adresse	Kooperationspartner
	<input type="checkbox"/> Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtungen <i>(Pflichtangabe)</i>
	<input type="checkbox"/> ambulanter Hospizdienst <i>(Pflichtangabe)</i>
	<input type="checkbox"/> stationäres Hospiz <i>(Pflichtangabe)</i>
	<input type="checkbox"/> Palliativdienst <i>(Pflichtangabe)</i>
	<input type="checkbox"/> Palliativstation <i>(Pflichtangabe)</i>
	<input type="checkbox"/> SAPV-Team <i>(Pflichtangabe)</i>
	<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst <i>(Pflichtangabe)</i>
	<input type="checkbox"/> ggf. weiter Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)

Die zuvor genannten Kooperationspartner bestätigen mit Ihrer Unterschrift die Zusammenarbeit sowie 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 Konsilen.

Wir bestätigen die Richtigkeit der o.g. Angabe:

Datum, Unterschrift (stationärer Pflegeeinrichtung)

Datum, Unterschrift (ambulanter Hospizdienst)

Datum, Unterschrift (stationäres Hospiz)

Datum, Unterschrift (Palliativdienst)

Datum, Unterschrift (Palliativstation)

Datum, Unterschrift (SAPV-Team)

Datum, Unterschrift (ambulanter Pflegedienst)

Datum, Unterschrift (ambulanter Hospizdienst)

Datum, Unterschrift (sonstiger Leistungserbringer)