

Arztstempel
-------------

**Ergänzung zum Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V  
zur kooperativen und koordinierenden ärztlichen und pflegerischen Versorgung  
stationärer Pflegeeinrichtungen**

**Antragsteller:**

\_\_\_\_\_  
Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

wird um folgenden Vertragspartner ergänzt:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name, Fachrichtung

LANR: \_\_\_\_\_

Hausarzt

Facharzt

**Vertragsärzte/MVZ-Vertretungsberechtigter/BAG-Partner**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 Bundesmantelvertrag)

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung