

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/906272](http://www.kv-rlp.de/906272)

## ANLAGE I – interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Antrag palliativ-medizinische Versorgung – BMV-Ä Anlage 30

**Leistungserbringer** (Titel/Name/Vorname).....

**Betriebs-/Nebenbetriebsstätten-Nr.:**.....

**Der teilnehmende Arzt sowie die aufgeführten Kooperationspartner erklären anhand ihrer Unterschrift die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben:**

- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilen

**Der teilnehmende Arzt sichert die palliativmedizinische Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen, ggf. in Zusammenarbeit mit den Bereitschaftsdienstzentralen oder ggf. auch mit den Kooperationspartnern.**

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der gemachten Angaben.

### **Stationäre Pflegeeinrichtung und/oder andere beschützende Einrichtung**

<b>Name der Pflegeeinrichtung und/oder der beschützenden Einrichtung, Adresse (bitte leserlich eintragen)</b>
Unterschrift

### **Ambulanter Hospizdienst**

<b>Name des ambulanten Hospizdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)</b>
Unterschrift

**Antragsteller** (Titel/Name/Vorname).....

**Stationäres Hospiz**

<b>Name des stationären Hospiz, Adresse (bitte leserlich eintragen)</b>
Unterschrift

**Palliativdienst**

<b>Name des Palliativdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)</b>
Unterschrift

**Palliativstation**

<b>Name der Palliativstation, Adresse (bitte leserlich eintragen)</b>
Unterschrift

**SAPV-Team**

<b>Name des SAPV-Teams, Adresse (bitte leserlich eintragen)</b>
Unterschrift

**Ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)**

<b>Bezeichnung, Name, Adresse (bitte leserlich eintragen)</b>
Unterschrift

Antragsteller (Titel/Name/Vorname).....

**An der Versorgung der Palliativpatienten beteiligter ambulanter Pflegedienst**

Name des Pflegedienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)		
Wir können eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unterschrift		

**Falls einzelne Kooperationspartner Ihnen die Zusammenarbeit auf gesonderten Schreiben mit Unterschrift bestätigen, können Sie diese als Anlage beifügen.**

**Ebenso können Sie weitere Kooperationspartner gesondert auflisten.**

**Soweit eine Kooperation nicht eingegangen werden kann ist dies zu begründen:**


\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.  
der abrechnenden Stelle (anstellender  
Vertragsarzt, MVZ, Institut)