

E-Mail-Adresse: pflegeheim@kvb.de

Fax-Nummer: 089/57093-64976

Bitte den Vertrag nur einmal einreichen!

Ergänzung zum
Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V
zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung
stationärer Pflegeeinrichtungen
mit der stationären Pflegeeinrichtung

(Name der Pflegeeinrichtung)

(Anschrift der Pflegeeinrichtung)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(IKNR: Pflegeeinrichtung)

– im Folgenden „Pflegeeinrichtung“ –

Der Kooperationsvertrag vom _____ wird um folgende Vertragsparteien ergänzt:

Titel, Vorname, Name

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel, Vorname, Name

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel, Vorname, Name

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Die Bestimmungen des Kooperationsvertrages gelten vollumfänglich fort.

Für die Pflegeeinrichtung:

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Pflegeheim)

Vertragsärzte/MVZ-Vertretungsberechtigter:

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Arzt)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Arzt)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Arzt)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Arzt)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Arzt)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Arzt)

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift (Arzt)