

Anlage A

zum Antrag auf Genehmigung
zur Teilnahme **an der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV)** auf Basis der „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung vom 29.11.2016“ - Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

(Die Unterschrift des Antragstellers und mind. eines Kooperationspartners ist erforderlich)

Erklärung zur Zusammenarbeit mit Kooperationspartner/n

Ich und der/ die unten angegebene/n Kooperationspartner erklären die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben (§ 7 Abs. 2 i.V.m. § 4 der Vereinbarung zur Palliativversorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V):

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilien

Kooperation mit (zutreffendes bitte ankreuzen):

- stationärer Pflegeeinrichtung und anderer beschützenden Einrichtung
- ambulantem Hospizdienst
- stationärem Hospiz
- Palliativdienst
- Palliativstation
- ggf. weiterem Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)
- an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligtem ambulanten Pflegedienst

- SAPV-Team

Das SAPV-Team steht ausschließlich beratend zur Verfügung, d.h. dessen Beitrag im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit beschränkt sich ausschließlich auf Beratungsleistungen.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Kooperationspartner



Optionale Unterschrift ggf. **weiterer** Kooperationspartner:

- stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtung
- ambulanter Hospizdienst
- stationärer Hospiz
- Palliativdienst
- Palliativstation
- ggf. weiterer Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)
- an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligter ambulanter Pflegedienst

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Kooperationspartner



Ort, Datum

Unterschrift **Antragsteller**
(Arzt / BAG- / MVZ-Vertretungsberechtigter)



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Stempel Antragsteller