



## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über eine qualifizierte und koordinierte Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) in den Regierungsbezirken Oberfranken, Unterfranken, Mittelfranken und der Oberpfalz

## 3. Teilnahmevoraussetzungen

Die im Folgenden genannten Teilnahmevoraussetzungen werden erfüllt:

<input type="checkbox"/>	Die gemäß Nr. 3 der o.g. Vereinbarung erforderlichen Fort- und Weiterbildungsnachweise (siehe beiliegendes Merkblatt) liegen vor. Auf Verlangen der KVB stelle ich diese Zertifikate als Nachweis zur Verfügung. Ich erkläre, dass ich die KVB unverzüglich darüber informieren werde, wenn ich die geforderten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfülle.
<input type="checkbox"/>	Ich verfüge über die geforderten Kenntnisse der lokalen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen (z.B. Hospizvereine, ambulante Palliativzentren, Pflegedienste, sowie stationäre Hospizversorgung) gem. Nr. 3 der o.g. Vereinbarung und ich werde die Zusammenarbeit mit diesen koordinieren und kontinuierlich fördern. Folgende palliativmedizinische Leistungserbringer sind in meine Arbeit eingebunden:  _____  _____



<input type="checkbox"/>	<b>Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt dieser Teilnahmeerklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung.</b>
--------------------------	--

**Bitte beachten Sie, dass Sie die Leistungen im Rahmen der Vereinbarung über eine qualifizierte und koordinierte Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) in den Regierungsbezirken Oberfranken, Unterfranken, Mittelfranken und der Oberpfalz erst ab dem Tag der Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung erbringen und abrechnen dürfen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

## Genehmigungsantrag – Anhang



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieser Teilnahmeerklärung durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihrer Teilnahmeerklärung führen können.

Sofern die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich bei der Tätigkeit die für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Erklärung freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich gegenüber der KVB widerrufen werden kann.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Die Teilnahme an diesem Vertrag kann mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVB gekündigt werden. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist auf deren Laufzeit begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser endet sowie der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Darüber hinaus endet die Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Wegfall der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen.

Ruht die vertragsärztliche Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.

**Merkblatt über erforderliche Voraussetzungen zur Teilnahme an der Vereinbarung über eine qualifizierte und koordinierte Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) in den Regierungsbezirken Oberfranken, Unterfranken, Mittelfranken und der Oberpfalz mit der SBK**

**Zur Teilnahme an den Verträgen sind berechtigt:**

- alle zugelassenen Haus- und Fachärzte, Kinder- und Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten, die über einen Nachweis einer abgeschlossene Weiterbildung im Bereich der Palliativmedizin von mindestens 40 h Dauer (anerkannt durch die Bayerische Landesärztekammer) verfügen; eine Auflistung der anerkannten Fortbildungen finden Sie unter: [blaek.de/Weiterbildung/Kurse/Kurskalender](http://blaek.de/Weiterbildung/Kurse/Kurskalender)

und

- über Kenntnisse der lokalen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen (z.B. Hospizvereine, ambulante Palliativzentren, Pflegedienste, sowie stationäre Hospizversorgung) verfügen und die Zusammenarbeit mit diesen koordinieren und kontinuierlich fördern; dazu ist auch die Angabe der betroffenen lokalen palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen auf der Teilnahmeerklärung zwingend erforderlich