

## 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