

**Ergänzung zum  
(Muster-)Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V  
zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung  
stationärer Pflegeeinrichtungen**

**mit der stationären Pflegeeinrichtung**

---

---

---

(Name, Anschrift, IK, vertreten durch)

– im Folgenden „Pflegeeinrichtung“ –

**Der Kooperationsvertrag vom \_\_\_\_\_ wird um folgende Vertragsparteien ergänzt:**

---

Titel, Vorname, Name, Haus-/Facharzt/Psychotherapeut oder MVZ

---

Vertragsarztsitz, LANR

---

Titel, Vorname, Name, Haus-/Facharzt/Psychotherapeut oder MVZ

---

Vertragsarztsitz, LANR

Die Bestimmungen des Kooperationsvertrages gelten vollumfänglich fort.

Für die Pflegeeinrichtung:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

Vertragsärzte/MVZ-Vertretungsberechtigter:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift