

Engagiert für Gesundheit.

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung**

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Schwerpunkt: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei: \_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit  
\_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit  
\_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit  
\_\_\_\_\_

Zulassung / Ermächtigung ab: \_\_\_\_\_

## Fachliche Anforderungen

### Praktische Erfahrungen:

- Mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team

oder

- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre

### Theoretische Kenntnisse:

- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer

oder

- Vertragsärzte, die bereits die strukturierte curriculare Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und die Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen (Symptomkontrolle – 20 Stunden)“ der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin nach

oder

- Vertragsärzte, die bereits die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) absolviert haben, weisen die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden) nach.

**Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:**

Ich verpflichte mich ebenfalls regelmäßige palliativmedizinische Fortbildungen im Umfang von 8 Fortbildungspunkten/Jahr, insbesondere durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen im Rahmen der Fortbildung nach § 95d, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift  
des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung  
Stempel und Unterschrift des  
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/  
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden.  
Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.

**Anlage I – Kooperationen  
zur interdisziplinären Zusammenarbeit**

**Der teilnehmende Arzt sowie die aufgeführten Kooperationspartner erklären anhand ihrer Unterschrift die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben:**

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

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Leistungserbringer  
(Titel/Name/Vorname).....

Betriebs-  
/Nebenbetriebsstätte.....

Ich bestätige, dass ich mit folgenden an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern eng kooperiere:

**Stationäre Pflegeeinrichtung und/oder andere beschützende Einrichtung**

Name der Pflegeeinrichtung und/oder der beschützenden Einrichtung, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Einrichtungsleitung)

**Stationäre Pflegeeinrichtung und/oder andere beschützende Einrichtung**

Name der Pflegeeinrichtung und/oder der beschützenden Einrichtung, Adresse (bitte leserlich eintragen)
Unterschrift (Einrichtungsleitung)

## Ambulanter Hospizdienst

Name des ambulanten Hospizdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Dienstleistung)

Name des ambulanten Hospizdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Dienstleistung)

## Stationäre Hospize

Name des stationären Hospiz, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Hospizleitung)

Name des stationären Hospiz, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Hospizleitung)

## Palliativdienste

Name des Palliativdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Dienstleistung)

Name des Palliativdienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Dienstleistung)

## **Palliativstationen**

Name der Palliativstation, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Stationsleitung)

Name der Palliativstation, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Stationsleitung)

## **SAPV-Team**

Name des SAPV-Team, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Teamleitung)

Name des SAPV-Team, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Teamleitung)

## **Ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)**

Vor- und Nachname, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Leistungserbringer)

Vor- und Nachname, Adresse (bitte leserlich eintragen)

Unterschrift (Leistungserbringer)

## An der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten ambulanten Pflegediensten

Name des Pflegedienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)	
Wir können eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterschrift (Pflegeleitung)	

Name des Pflegedienstes, Adresse (bitte leserlich eintragen)	
Wir können eine 24-h-Erreichbarkeit gewährleisten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterschrift (Pflegeleitung)	

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Vertragsarzt  
/ Unterschrift und Stempel vom Leiter  
des Medizinischen Versorgungszentrums