

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen  
gemäß des Strukturvertrages über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach §  
73a SGB V zwischen der  
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic,  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST (Primärkassen)**

**Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag als**

**HAUSARZT**

**FACHARZT**

|                                  |         |                            |
|----------------------------------|---------|----------------------------|
| Titel                            | Vorname | Name                       |
| Straße/Nr.                       |         | PLZ/Ort                    |
| Telefon Nr.                      | FaxNr.  | E-Mail:                    |
| Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)       |         | Betriebsstätten Nr. (BSNR) |
| Berufsausübungsgemeinschaft mit: |         |                            |

**Ich habe einen 40-stündigen Kurs zur Weiterbildung in der Palliativmedizin absolviert.  
(Nachweis liegt bei.)**

- Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung bekannt, insbesondere:
  - dass meine Teilnahme freiwillig ist;
  - dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vertragsteilnahme festgelegt wird;
  - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann;
  - welche vertraglichen Aufgaben ich als Haus- und/oder/ Facharzt gemäß § 7 zu erfüllen habe;
  - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht.
- Ich werde an multidisziplinären Fallkonferenzen sowie an einem Qualitätszirkel/Fortbildungen teilnehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird. Pro Kalenderjahr sind mindestens zwei Qualitätszirkelsitzungen zu absolvieren.
- Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.
- Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

|           |              |  |
|-----------|--------------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift | Stempel Arzt/Berufsausübungsgemeinschaft |
|-----------|--------------|--|

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen  
gemäß des Strukturvertrages über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach §  
73a SGB V zwischen der  
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic,  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST (Primärkassen)**

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag als

### Qualifizierter Palliativ-Arzt

|                                  |         |                            |
|----------------------------------|---------|----------------------------|
| Titel                            | Vorname | Name                       |
| Straße/Nr.                       |         | PLZ/Ort                    |
| Telefon Nr.                      | Fax Nr. | E-Mail:                    |
| Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)       |         | Betriebsstätten Nr. (BSNR) |
| Berufsausübungsgemeinschaft mit: |         |                            |

**Ich habe die Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer abgeschlossen.  
(Nachweis liegt bei.)**

- Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung bekannt, insbesondere:
  - dass meine Teilnahme freiwillig ist
  - dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vertragsteilnahme festgelegt wird
  - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann
  - welche vertraglichen Aufgaben ich als qualifizierter Palliativ-Arzt gemäß § 9 zu erfüllen habe
  - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht
- Ich verpflichte mich u. a.:
  - an palliativmedizinischen Fortbildungen bzw. multidisziplinären Fallkonferenzen sowie an einem Qualitätszirkel teilzunehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird
  - an einer Regelung zur „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ teilzunehmen
  - zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur standardisierten Dokumentation
- Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.
- Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

|           |              |  |
|-----------|--------------|--|
| Ort/Datum | Unterschrift | Stempel Arzt / Berufsausübungsgemeinschaft |
|-----------|--------------|--|