

Anlage zum Antrag Dialyse

**Erklärung zur Kooperation mit einer benachbarten Dialysepraxis**  
nach § 5 Abs. 1 Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

Zur Gewährleistung, dass für die Versorgung der Versicherten alle Dialyseverfahren und -formen (extrakorporale Blutreinigungsverfahren als Zentrumsdialyse, Hemodialyse oder Zentralisierte Hemodialyse) angeboten werden, sind diese Verfahren durch eine Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder anderen benachbarten Dialyseeinrichtungen sicherzustellen, §5 Abs. 1 Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren.

Die Kooperation erfolgt mit nachfolgend genannter Dialysepraxis:

<b>Name:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ und Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>	

Die Kooperation erfolgt für folgende Dialyseverfahren und –formen:

- Peritonealdialysen als Zentrumsdialyse
- Peritonealdialysen als Zentralisierte Hemodialyse
- Peritonealdialysen als Hemodialyse
- Hämodialyse als Zentrumsdialyse
- Hämodialyse als Zentralisierte Hemodialyse
- Hämodialyse als Hemodialyse

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der antragstellenden Dialysepraxis

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der kooperierenden Dialysepraxis