

Anlage 2

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Teilnahmeerklärung als palliativmedizinischer Konsiliardienst

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schirmer-Str. 4-6
44141 Dortmund

Telefax: 0231/9432-1569

Bezeichnung des PKD und Gesellschaftsform:

Das nach § 5 Abs. 5 der Vereinbarung geforderte Konzept über die Prozessabläufe der palliativmedizinischen Versorgung im Planungsbereich

ist beigefügt.

wird innerhalb von 3 Monaten nach Antragstellung vorgelegt.

Mindestens eine palliativpflegerisch qualifizierte Koordinationskraft in Vollzeit bzw. entsprechende Anzahl in Teilzeit mit Palliativ-Care Weiterbildung (=160 Stunden *oder* eines vergleichbaren Studiums):

Name, Vorname	Stellenansatz		Berufsbezeichnung
	VZ (1)	TZ (0,5)	

Nachweis über die Erfahrung in der ambulanten palliativen Pflege von mind. 75 Palliativpatienten innerhalb der letzten 3 Jahre.

(Z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) *oder* in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen palliativpflegerischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.)

Zur Durchführung eines Erstassessments nach Maßgabe der Ziffer 2 (Anlage 6) ist eine zusätzliche Koordinatorin angestellt. Die erforderliche Qualifikation ist beigefügt.

Der Arbeitsvertrag, der Nachweis über den Erwerb der Berufsbezeichnung, der Palliativ-Care Weiterbildung bzw. der vergleichbaren Weiterbildung sowie der palliativpflegerischen Erfahrung – je gemeldeter Koordinationskraft - ist beigefügt.

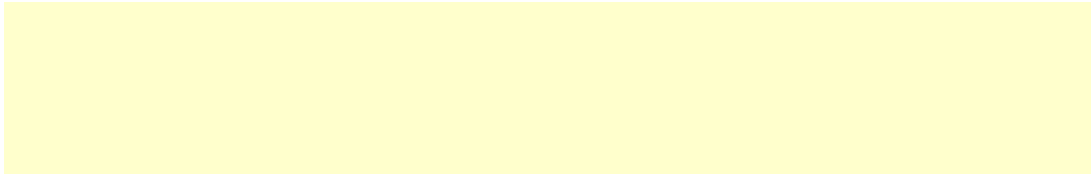
Mir ist bekannt, dass bei erstmalig im Jahresdurchschnitt gestiegener Anzahl an Palliativpatienten – wie in § 5 Abs. 4 der Änderungs-/Ergänzungsvereinbarung ausgeführt - eine Anpassung des gemeldeten Stellensolls erfolgen muss.

Bankverbindung des PKD

Institut:

BLZ:

Kontonummer:



Wir sind über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld informiert und bereit, an der Vereinbarung teilzunehmen und die uns betreffenden Versorgungsaufgaben nach den §§ 5 bis 7 der Vereinbarung zu übernehmen. Insbesondere beachten wir die datenschutzrechtlichen Regelungen in § 13 der Vereinbarung.

Anmerkung:

- Als koordinierender Hausarzt ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.
- Als koordinierender Kinderarzt ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04370, 04371, 04372 und 04373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen
- Für die am Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel /des verantwortlichen
/geschäftsführenden Arztes

Anlage 2 – Seite 3

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Mitglieder des PKD und Bestätigung des PKD Mitgliedes über die Kenntnisnahme des § 5 Abs. 7 (Kündigung) sowie des § 6 (Aufgaben des regionalen PKD) der Vereinbarung

Name, Vorname (Druckbuchstaben)	Anschrift Praxis/Klinik	Qualifikation*	Unterschrift des Mitglieds des PKD

*Zusatzbezeichnung. „Palliativmedizin“ (mindestens 160 Stunden palliativmedizinische Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer)