

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-Schimrigk-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

Palliativpflegerisch qualifizierte Koordinationskraft mit Palliativ-Care Weiterbildung (=160 Stunden):

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

Die einzelnen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Palliativ-Care Weiterbildung werden dieser Anlage beigefügt.

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.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel
des verantwortlichen/geschäftsführenden Arztes

