

Anlage 2

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V

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 § 10 des Vertrages geforderte Versorgungskonzept ist beigefügt.

Mindestens eine palliativpflegerisch qualifizierte Koordinationskraft in Vollzeit bzw. entsprechende Anzahl in Teilzeit mit Palliativ-Care Weiterbildung (von zurzeit 160 Stunden):

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

Die Nachweise gemäß § 9 Abs. 7 des Vertrages (Arbeitsvertrag, Nachweis über den Erwerb der Berufsbezeichnung) je gemeldeter Koordinationskraft

sind beigefügt

liegen der KVWL bereits vor

Mir ist bekannt, dass bei gesteigerter Anzahl an Palliativpatienten – wie in § 9 Abs. 7 des Vertrages ausgeführt - eine Anpassung des gemeldeten Stellensolls erfolgen muss.

Mir ist bekannt, dass die Abrechnung der SNR 91511K das Vorhalten einer durchgehenden Koordinationsbereitschaft an Wochenenden und an Feiertagen gem. Anlage 7 Ziffer 1b des Vertrages erfordert und Voraussetzung ist, um die Vollversorgung nach Anlage 7 Ziffer 3 abrechnen zu können.

Das Vorhalten der vorgenannten Koordinationsbereitschaft gemäß Anlage 7 Ziffer 1b wird ab folgendem Datum bestätigt:

Anlage 2

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V

Bankverbindung des PKD

Institut:

IBAN:

D E	
-----	--

Wir sind über die Inhalte und den Verlauf der allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V informiert und bereit, am Vertrag teilzunehmen und die uns betreffenden Versorgungsaufgaben zu übernehmen. Insbesondere beachten wir die datenschutzrechtlichen Regelungen in § 23 des Vertrages.

Anmerkung:

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

Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der PKD die vertraglichen Regelungen kennt, akzeptiert und umsetzt.
- der PKD alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen wird.
- der PKD mit der Veröffentlichung der Kontaktdaten, des Versorgungsbereichs und der Anschrift auf der Internetseite der vertragsbeteiligten Krankenkassen und der KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden ist.
- die Teilnahmeerklärung auch für neu diesem Vertrag beitretende Krankenkassen gilt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des
verantwortlichen/geschäftsführenden Arztes

