

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Anlage Kooperationspartner zum Genehmigungsantrag zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Erklärung

Wir erklären die Zusammenarbeit und haben verbindliche Absprachen getroffen zu:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
- gegenseitigem Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen
- Durchführung von Konsilen

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller

Unterschrift angestellter Arzt

Stempel und Unterschrift(en) von mindestens einem Kooperationspartner