

Praxisstempel

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung  
zur Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten  
palliativmedizinischen Versorgung**

**Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem  
Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.**

Die Antragstellung erfolgt für: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

**Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team**

- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team mit den Kooperationspartnern ist der KV Hamburg bereits bekannt und bleibt weiterhin bestehen.
- Die Kooperationspartner haben sich geändert und müssen in der unten stehenden Tabelle mit den jeweiligen Unterschriften der KV Hamburg mitgeteilt werden.

**Es wird eine enge Kooperation mit folgenden an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern gewährleistet:**

Adressstempel Kooperationspartner	Datum, Unterschrift
	Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtungen <i>(Pflichtangabe)</i>
	ambulanter Hospizdienst <i>(Pflichtangabe)</i>
	stationäres Hospiz <i>(Pflichtangabe)</i>
	Palliativdienst <i>(Pflichtangabe)</i>
	Palliativstation <i>(Pflichtangabe)</i>
	SAPV-Team <i>(Pflichtangabe)</i>
	ambulanter Pflegedienst <i>(Pflichtangabe)</i>
	ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten)

### **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift **Antragsteller/in**