

Arztstempel/ Praxisstempel

**Ergänzung zum Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V  
zur kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung stationärer  
Pflegeeinrichtungen**

**Antragsteller:**

\_\_\_\_\_  
Name der Arztpraxis/der BAG/des MVZ/des Instituts

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegeeinrichtung

wird um folgenden Vertragspartner ergänzt:

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name, Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

LANR: \_\_\_\_\_

Vertragsarzt

angestellter Arzt

**Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 BMV-Ä)