

Anlage 1

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Teilnahmeerklärung des koordinierenden Haus-/Facharztes

an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4-6
44141 Dortmund

Telefax: 0231/9432-83960

Name: _____

Praxisanschrift: _____

Ich bin 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 mich betreffenden Versorgungsaufgaben nach § 4 der Vereinbarung zu übernehmen. Insbesondere beachte ich die in § 13 der Vereinbarung normierten datenschutzrechtlichen Regelungen. Für die Abrechnung der Vergütung nach diesem Vertrag ermächtige ich die KVWL, meine ihr bekannte Bankverbindung zu verwenden.

Ich kooperiere mit folgendem an der Vereinbarung teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst :

Bezeichnung des PKD:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes