

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen
gemäß des Strukturvertrages über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach §
73a SGB V zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche
Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST (Primärkassen)**

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag als

HAUSARZT

FACHARZT

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.	FaxNr.	E-Mail:
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		

**Ich habe einen 40-stündigen Kurs zur Weiterbildung in der Palliativmedizin absolviert.
(Nachweis liegt bei.)**

- Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung bekannt, insbesondere:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist;
 - dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vertragsteilnahme festgelegt wird;
 - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann;
 - welche vertraglichen Aufgaben ich als Haus- und/oder/ Facharzt gemäß § 7 zu erfüllen habe;
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht.
- Ich werde an multidisziplinären Fallkonferenzen sowie an einem Qualitätszirkel/Fortbildungen teilnehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird. Pro Kalenderjahr sind mindestens zwei Qualitätszirkelsitzungen zu absolvieren.
- Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.
- Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt/Berufsausübungsgemeinschaft
-----------	--------------	--

**Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung von Leistungen
gemäß des Strukturvertrages über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach §
73a SGB V zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic,
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche
Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST (Primärkassen)**

Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag als

Qualifizierter Palliativ-Arzt

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.	Fax Nr.	E-Mail:
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		

**Ich habe die Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer abgeschlossen.
(Nachweis liegt bei.)**

- Mir sind die Ziele und Inhalte des Vertrages zur palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung bekannt, insbesondere:
 - dass meine Teilnahme freiwillig ist
 - dass mit schriftlicher Mitteilung der KV Nordrhein der Beginn meiner Vertragsteilnahme festgelegt wird
 - dass bei einem Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen keine Vergütung gezahlt bzw. eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für abgerechnete Pauschalen veranlasst oder dass die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden kann
 - welche vertraglichen Aufgaben ich als qualifizierter Palliativ-Arzt gemäß § 9 zu erfüllen habe
 - dass ich für die Erfüllung meiner Aufgaben eine Vergütung erhalte; abrechnungsfähig sind nur Leistungen für die eine gesicherte ICD Diagnose (ICD-10-GM) besteht
- Ich verpflichte mich u. a.:
 - an palliativmedizinischen Fortbildungen bzw. multidisziplinären Fallkonferenzen sowie an einem Qualitätszirkel teilzunehmen, in welchem das Thema „Palliativmedizin“ berücksichtigt wird
 - an einer Regelung zur „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ teilzunehmen
 - zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie zur standardisierten Dokumentation
- Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe meines Namens und meiner Praxisanschrift an die beteiligten Krankenkassen sowie an die teilnehmenden Patienten einverstanden.
- Ich beauftrage die KV Nordrhein mit der Durchführung des o. g. Vertrages.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regelungen des Vertrages.

Ort/Datum	Unterschrift	Stempel Arzt / Berufsausübungsgemeinschaft
-----------	--------------	--