

## Anhang zur Anlage 1

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



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

## Ergänzende 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: 0231/9432-1569

Stempel des Arztes

Name:

LANR

**Ich möchte ergänzend die SNR 91505 abrechnen.**

Die Voraussetzungen nach Anlage 30 (Anlage 1) des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) hinsichtlich der geforderten theoretischen und praktischen Kenntnisse und Erfahrungen werden anliegend nachgewiesen.

Die zusätzlich geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team wird gewährleistet.

*Für Mitglieder eins PKD (QPAs) ist eine Abrechnung dieses Zuschlags nicht möglich (Anlage 5 Ziffer 2 –letzter Satz).*

### Anmerkung:

- Als koordinierender Hausarzt ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.
- Als koordinierender Kinderarzt ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04370, 04371, 04372 und 04373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen
- Für die am Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Arztes**

# 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



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

Telefax: 0231/9432-1569

---

**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 datenschutz-rechtlichen Regelungen. Für die Abrechnung der Vergütung nach diesem Vertrag ermächtige ich die KVWL, meine ihr bekannte Bankverbindung zu verwenden.

### Anmerkung:

- Als koordinierender Hausarzt ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.
- Als koordinierender Kinderarzt ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 04370, 04371, 04372 und 04373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen
- Für die am Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen

Ich kooperiere mit folgendem an der Vereinbarung teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD):

**Bezeichnung des PKD:**

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel des Arztes