

Anlage 1

zur Vereinbarung über die integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Teilnahmeerklärung des koordinierenden Haus-/Facharztes

an der integrierten Versorgung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Name: _____

Praxisanschrift: _____

Arztstempel: _____

Ich bin über die Inhalte und den Verlauf der integrierten Versorgung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld umfassend informiert worden. Ich bin mit den Inhalten der o. a. Vereinbarung einverstanden und bereit, 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.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der o. a. Vereinbarung.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes