Anlage 1 – Erklärung zu Kooperationspartnern

Der Antragsteller und die in der Tabelle aufgeführten Kooperationspartner nach § 4 Abs. 1a und b der Vereinbarung zur Palliativversorgung erklären mit ihrer Unterschrift gemäß § 7 Abs. 2 der Vereinbarung die gegenseitige Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu den folgenden Aufgaben:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen,
- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilen.

Ausfüllhinweise:
Die Angaben zu den Kooperationspartnern dienen als Nachweis, dass ein palliativ-medizinisches Netzwerk besteht. Bitte benennen Sie mindestens einen Vertreter für jeden in der Tabelle aufgeführten Kooperationspartner (Angaben ohne Unterschrift des Kooperationspartners).

Die Unterschrift des Kooperationspartners ist nur erforderlich für:
- eine Stationäre Pflegeeinrichtung ODER einen Ambulanten Pflegedienst
UND
- ein SAPV-Team.

Kooperationspartner (Name und Anschrift)	**Stempel und Unterschrift**
Stationäre Pflegeeinrichtung und andere beschützende Einrichtung:	
Ambulanter Pflegedienst: Sofern möglich und vom Patienten gewünscht, sollte ein palliativ-spezialisierter oder in der Palliativversorgung erfahrener Pflegedienst mit 24-Std.-Erreichbarkeit gewählt werden.	
SAPV-Team:	
Palliativstation:	
Stationärer Hospizdienst:	
Ambulanter Hospizdienst:	
Weiterer Leistungserbringer: z.B. Physio- oder Ergotherapeut:	

..... ……..
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller(in)