



Antrag auf Teilnahme für Ärzte

Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

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



Faxnummer: 0231/9432-1569 und
PKD SIWOL: 0271/405 700 12



Wichtig:

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

Der Antrag wird gestellt für:

LANR: _____ BSNR: _____

KIM-Adresse: _____

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Versorgungsaufgaben nach § 5 des Vertrages, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag.

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

3. Ich kooperiere mit folgendem am Vertrag teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD):

4. Ergänzend möchte ich die SNR 91505 abrechnen.

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

liegen der KVWL bereits vor

Die zusätzlich geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team wird gewährleistet.

Für Mitglieder eines PKD (QPAs) ist eine Abrechnung dieses Zuschlags nicht möglich!

5. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- ich alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner LANR, meiner BSNR, meiner Praxisanschrift, meiner Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der vertragsbeteiligten Krankenkassen und der KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden bin.
- meine Teilnahmeerklärung auch für neu diesem Vertrag beitretende Krankenkassen gilt.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/
ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel