

## 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

Telefax: 0231/9432-83960

---

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

Ich kooperiere mit folgendem an der Vereinbarung teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst :

**Bezeichnung des PKD:**

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes