

Kooperationsvereinbarung für Krankenhäuser

<p>Anschrift des Krankenhauses: Straße: PLZ Ort</p> <hr/> <p>IK Nummer:</p>

Hiermit erkläre/n ich/wir uns bereit im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach 37b SGBV in Zusammenhang mit § 132d SGB V mit dem SAPV- Leistungserbringer

Name _____ Anschrift _____
in der Versorgungsregion _____

zusammenzuarbeiten.

Der SAPV -Leistungserbringer verpflichtet sich zur

- abgestimmten gemeinsamen Versorgung von schwerstkranken Menschen mit einem Anspruch auf SAPV
- Unterstützung und Ergänzung der Hilfen und Angebote der Einrichtung durch Beratung, Koordination, Teil oder vollständige Versorgung im Sinne der SAPV
- Beratung und Unterstützung in allen organisatorischen Fragen zur SAPV
- strukturierten Überleitung (Überleitungsbogen, Fallbesprechung, Entlassungsmanagement)
-

Die Zusammenarbeit mit dem SAPV- Leistungserbringer umfasst folgende Leistungen:

- Abstimmung der Behandlungsplanung
- Übernahme, der im Rahmen der Behandlungsplanung festgelegten, notwendigen medizinischen/pflegerischen Maßnahmen vor Entlassung bzw. Aufnahme
- Regelmäßiger, fallbezogener Austausch mit dem SAPV- Leistungserbringer, insbesondere wenn eine Anpassung der Behandlungsplanung notwendig erscheint
- Anwendung der elektronischen Patientenakte, bzw. erstellen der vereinbarten Dokumentation
- Verpflichtung zur Teilnahme an zwei Qualitätszirkeln Reflexion -Weiterbildung/Jahr

Ort Datum

Unterschrift Krankenhaus

Unterschrift SAPV Leistungserbringer