

Kooperationsvereinbarung für ambulante Hospizdienste

Anschrift ambulanter Hospizdienst:

Straße:

PLZ Ort

IK Nummer:

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
- insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass vom Leistungserbringer versorgte Patienten über die Hilfen und Angebote des ambulanten Hospizdienstes informiert werden.

Die Zusammenarbeit mit dem SAPV- Leistungserbringer umfasst folgende Leistungen des ambulanten Hospizdienstes:

- Abstimmung der Behandlungsplanung
- Übernahme, der im Rahmen der Behandlungsplanung festgelegten, notwendigen Maßnahmen des ambulanten Hospizdienstes
- 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 ambulanter Hospizdienst

Unterschrift SAPV Leistungserbringer