

## Anlage 1 – Erklärung zu Kooperationspartnern

Der Antragsteller und die in der Tabelle aufgeführten Kooperationspartner erklären mit ihrer Unterschrift nach § 7 Abs. 2 der Vereinbarung zur Palliativversorgung 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 für eine Stationäre Pflegeeinrichtung oder einen Ambulanten Pflegedienst und ein SAPV-Team einzuholen. Sollten Sie keine Unterschrift von einem SAPV-Team nachweisen können, geben Sie bitte den Grund dafür an.**

Kooperationspartner (Name und Anschrift)	Stempel und Unterschrift
* Stationäre Pflege- und andere beschützende Einrichtungen:	
Ambulante Hospizdienste:	
Stationäre Hospizdienste:	
Palliativstationen:	
* SAPV-Team:	
* Ambulante Pflegedienste <sup>1</sup> :	
Weitere Leistungserbringer: z.B. Physio- oder Ergotherapeuten	

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)

<sup>1</sup> Sofern möglich und vom Patienten gewünscht sollte ein palliativ-spezialisierter oder in der Palliativversorgung erfahrener Pflegedienst mit 24-Std.-Erreichbarkeit gewählt werden.