

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Teilnahmeerklärung des Privatversicherten an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

- Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit einem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt entsprechend durchgeführt wird.

Ja, ich möchte an dieser speziellen Versorgung teilnehmen und wünsche, soweit möglich, ambulant im häuslichen Umfeld versorgt zu werden.

- Datenschutzerklärung Ich stimme der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung erhobenen Behandlungsdaten durch die hieran beteiligten Behandler, Koordinatoren (palliativmedizinisch ausgebildete Pflegekräfte) oder einbezogenen Pflegedienstes, privaten Krankenkassen, ambulanten Hospizdienstes und Apotheken ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung entsprechend den für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jeweils gültigen gesetzlichen Regelung zu.
- Die Berechnung der entstehenden Kosten erfolgt analog der Vergütung für gesetzlich Versicherte Patienten ohne Anrechnung weiterer Steigerungsfaktoren. Diese sind im „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“ mit Gültigkeitsbeginn 01.07.2023 festgelegt und können auf unserer Homepage oder in der Geschäftsstelle eingesehen oder telefonisch erfragt / eingesehen werden.

Die Pauschalen dienen der Aufnahme des Patienten durch ein Erst-/Folgeassessment, sowie der Koordination der Versorgung zur Sicherung einer ambulanten Betreuung eingeschriebener Palliativpatienten einschließlich der Unterstützung und Anleitung von Angehörigen oder der Pflegekräfte vor Ort, um eine Betreuung des Palliativpatienten zu Hause zu ermöglichen.

Sie beinhaltet darüber hinaus die Bereitstellung des fachärztlichen palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD) einschließlich der erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen, insbesondere der Pflegekräfte mit Palliativ-Care-Weiterbildung (Koordinatoren) zu den Öffnungszeiten des palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD). Außerhalb der Sprechstundenzeiten des Hausarztes wird ein Bereitschaftsdienst durch unsere Palliativmediziner (7/24) und unsere Koordinationsfachkräfte (Wochenenden und Feiertage) vorgehalten. Der PKD steht den behandelnden Fach- und Hausärzten zur Beratung, für konsiliare Besuche und Mitbehandlung zur Verfügung.

Die Einsätze des PKD und der Koordinatoren werden dokumentiert und mit dem betreuenden Hausarzt kommuniziert.

Einzelleistungen des diensthabenden PKD-Arzt wie Hausbesuche usw. werden gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von diesem zusätzlich in Rechnung gestellt.

- Eine Kostenübernahme seitens der privaten Krankenkasse/ Beihilfe für die Einschreibepauschale kann vom PKD nicht garantiert werden; es wird empfohlen, eine vorherige Kostenzusage einzuholen.
- Diese Teilnahmeerklärung kann innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden. Die bisher entstandenen Kosten sind zu erstatten.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, TT. MM. JJJJ

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder seines Betreuers / Bevollmächtigten