

## Anlage 2

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

# Teilnahmeerklärung als palliativmedizinischer Konsiliardienst

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

Telefax: 0231/9432-83960

---

**Bezeichnung des PKD und Gesellschaftsform:**

---

**Mitglieder des PKD:**

Name	Anschrift Praxis/Klinik	Fachgebiet	Qualifikation*

\*PM LÄK = Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin n. d. Weiterbildungsordnung der LÄK  
PM GV = 40stündige Kursweiterbildung „Palliativmedizinische Grundversorgung“

Ist die Qualifikation noch nicht abgeschlossen, steht nach dem Kürzel bis wann sie voraussichtlich abgeschlossen ist.

**Palliativpflegerisch qualifizierte Koordinationskraft:**

Name	Stellenansatz		Berufsbezeichnung	PC-WB* (X)
	VZ (1)	TZ (0,5)		

\* PC-WB = Palliativ-Care Weiterbildung (160 Stunden)

Wir sind 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 uns betreffenden Versorgungsaufgaben nach § 5 Abs. 2, 6 und 7 Abs. 1 der Vereinbarung zu übernehmen. Insbesondere beachten wir die datenschutzrechtlichen Regelungen in § 13 der Vereinbarung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel  
des verantwortlichen/geschäftsführenden Arztes