

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	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. Facharztes 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 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.

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 beinhalten darüber hinaus die Bereitstellung des fachärztlichen palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) einschließlich der erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen, insbesondere der Pflegekräfte mit Palliativ-Care- Weiterbildung (Koordinatoren) zu den Öffnungszeiten des PKD. Außerhalb des Sprechstundenzeiten des Hausarztes wird ein Bereitschaftsdienst 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-Arzttes wie Hausbesuche usw. werden gemäß Gebührenordnung (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 Patient/ Bevollmächtigter

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

Kostenübernahme
zur Teilnahme an der ambulanten
Palliativversorgung durch den
Palliativmedizinischen Konsiliardienst
Kreis Coesfeld

Sehr geehrte Patienten und Zugehörigen,

aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung befinden Sie sich derzeit in einer Situation, in der Ihnen mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung zusteht. Diese können wir Ihnen, Ihren Zugehörigen und Ihrem Hausarzt durch palliativmedizinischen Konsiliardienst Kreis Coesfeld anbieten. Dabei bleibt Ihr Hausarzt weiterhin Ihr erster und wichtigster Ansprechpartner- dieser wird auch die Einschreibung in die ambulante Palliativversorgung gemäß „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ im Bereich Westfalen- Lippe vornehmen. Nach Einschreibung steht Ihnen, Ihren Zugehörigen und Ihrem Hausarzt ein Team von Palliativmedizinern und Palliativpflegekräften beratend zur Seite. Ebenso können Sie bei dringenden krankheitsbezogenen Problemen - falls ihr Hausarzt nicht erreichbar ist (z.B. außerhalb der Praxisöffnungszeiten, nachts und an Wochenenden) – auf den ärztlichen Palliativ- Bereitschaftsdienst zurückgreifen. Darüber hinaus wird an den Wochenenden und Feiertagen ein Rufbereitschaftsdienst vorgehalten.

Die Berechnung der für Sie 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.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen diese Gebühr problemlos, manche private Krankenkassen übernehmen dies Gebühr nur eingeschränkt oder gar nicht. Erforderliche ärztliche Hausbesuche werden, so wie Sie es durch Ihren Hausarzt kennen, gesondert nach GOÄ in Rechnung gestellt. Da die Rechnungsstellung über Sie erfolgt, haben Sie die Möglichkeit sich im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse bezüglich der Kostenübernahme zu erkundigen.

Sie haben das Recht, innerhalb von 2 Wochen von diesem Vertrag zurückzutreten.

- ☐ Ich möchte die ambulante Palliativversorgung durch den PKD Kreis Coesfeld in Anspruch nehmen. Ich übernehme die anfallenden Kosten ungeachtet einer Erstattung meiner Krankenkasse.
- ☐ Ich möchte die ambulante Palliativversorgung durch den PKD Kreis Coesfeld in Anspruch nehmen. Bezüglich der Kosten möchte ich erst mit meiner Krankenkasse Rücksprache nehmen.
- ☐ Ich wurde umfassend beraten und habe den Flyer des PKD Kreis Coesfeld erhalten.
- ☐ Ich habe eine Kopie des Schreibens erhalten. ☐ Ich verzichte auf eine Kopie.

 Ort, Datum

 Name u. Unterschrift Patient/ Bevollmächtigter

 PKD Kreis Coesfeld