

**Feststellung des Nichtvorliegens der Teilnahmevoraussetzung (§3 Abs. 7) zum Vertrag zur integrierten Versorgung für Patienten der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**(1) Versichertendaten

1.1 Name, Vorname:	1.2 Geburtsdatum:
1.3 Vers.-Nr.:	1.4 Adresse:

(2) Grund für die Nichtteilnahme

Teilnahmevoraussetzung nicht erfüllt (gemäß Anlage 1 Punkt 1)

Versicherte / Versicherter lehnt die Einschreibung ab

Sonstiges:

(3) Zuständiges Palliativzentrum (PZ)

PZ Stendal

PZ Wernigerode

PZ Magdeburg

PZ Dessau

PZ Halle

(4) Ort und Institution der Überprüfung mit Adresse (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis, Häuslichkeit)(5) Verordnung durch

Krankenhausarzt / Krankenhausärztin

Krankenhaus:.

Vertragsarzt / Vertragsärztin

Adresse:

(6) Einmalige Pauschalvergütung wird in Rechnung gestellt

Ja

Nein

Die ärztliche Verordnung zur SAPV liegt bei.

Arztstempel

Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin

Patientenunterschrift