

Feststellung des Ruhens der Teilnahme nach § 3 Abs. 6 des 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 Beginn I.V.:

(2) Beginn des Ruhens der Teilnahme (§ 3 Abs. 6)

Die Teilnahme des Versicherten ruht, wenn durch Veranlassung Dritter im Rahmen der Notfallbehandlung vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.

Zeitpunkt (Datum)

(3) Einweisung durch

Notarzt  
Krankenhausarzt / Krankenhausärztin  
Vertragsarzt / Vertragsärztin

Name:

Adresse:

(4) Zuständiges Palliativzentrum (PZ)

PZ Stendal  
PZ Wernigerode  
PZ Magdeburg  
PZ Dessau  
PZ Halle

Das Einweisungsformular liegt bei

Arztstempel

Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin (PZ)

---

(5) Zeitpunkt des Endes der ruhenden Teilnahme / Weiterführung der Behandlung in der Integrierten Versorgung

Zeitpunkt (Datum)

Arztstempel

Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin (PZ)

---