# Anlage 1 - Strukturerhebungsbogen

|  |
| --- |
| **1. Angaben zum SAPV-Team** |
| Name des SAPV-Teams |   |
| verantwortlicher Vertreter |   |
| ärztliche Leitung |  |
| pflegerische Leitung |  |
| Straße, Hausnummer |   |
| Postleitzahl, Ort |   |
| Telefon |   |
| Fax |   |
| E-Mail |   |
| Angabe Institutionskennzeichen |   |
| Versorgungsgebiet |   |
|   |   |
| Name des Trägers |   |
| Straße, Hausnummer |   |
| Postleitzahl, Ort |   |
| Telefon |   |
| Fax |   |
| E-Mail |   |
| Leistungserbringerverband *(freiwillige Angabe]*  |   |
| Zeichnungsberechtigte/r des Trägers (Name/Funktion): |  |
| Rechtsform des Trägers des SAPV-Teamsgem. § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages |    | GbR   | Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend |
|  | GmbH   | Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend beglaubigter Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts anliegend |
|  | eingetragener Verein (e. V.)   | Auszug aus der Vereinssatzung mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck in Kopie anliegend sowie ein beglaubigter Auszug aus dem Vereinsregister in Kopie anliegend |
|    | andere Rechtsform:  | entsprechende Nachweise gemäß § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages in Kopie anliegend |
| **2. Angaben zur Struktur des Leistungserbringers** |
| 2.1. ¤  Die wirtschaftliche und organisatorische **Selbständigkeit** des SAPV-Teams ist ab der Inbetriebnahme dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und –verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der SAPV klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben abgegrenzt sind. |   |
|   |
|   |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.   Das SAPV-Team verfügt über die **Räumlichkeiten** für: |
|   Beratung von Patienten und Zugehörigen  |   |
|   Teamsitzungen und Besprechungen   |   |
|  Administration |  |
|   Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/ Kriseninterventionen und Hilfsmitteln |   |
|  |
| 2.3.   Folgende **sächliche Ausstattung** wird vorgehalten bzw. sichergestellt: |
|   Patientendokumentation |   |
|   Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung |   |
|   Notfallvorrat an Betäubungsmitteln |   |
|   Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche für die Notfall- / Krisenintervention |   |
|   geeignete administrative Infrastruktur (Büro, Kommunikationstechnik etc.) |   |
|   BtM-Schrank  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Angaben zur Personalstruktur des SAPV-Teams** |
| **Anlage I**: qualifizierte Palliativ-Ärztinnen und -Ärzte nach § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages |   |
|   |   |
| **Anlage II**: qualifizierte Pflegefachpersonen nach § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages**Anlage III**: Handzeichenliste |   |
|   |
| **4. Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner** |
| **Anlage IV**: Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner (z. B. ambulante/r Hospizdienst/e, Apotheken, sonstige Leistungserbringer) nach § 6 Abs. 2 und 3 des Rahmenvertrages |   |
|  |  |
| Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| Ort, Datum |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Unterschrift des/r verantwortlichenVertreters/in des SAPV-Teams |  | Stempel/Unterschrift des Trägers  |
| **Checkliste** |
| CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN gemäß § 4 des Rahmenvertrages: |
|    **Versorgungskonzept des SAPV Teams**  **Nachweis der Gesellschaftsform** |
|   **Mietvertrag** für die Räumlichkeiten nach Ziffer 2.2 (Kopie anliegend) 🞏 Unterlagen zum Nachweis der Zuverlässigkeit des SAPV-Teams  |
|   |
| **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte** gemäß § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages |
|  Facharzturkunde  Nachweis der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (beglaubigte Kopie anliegend) |
|   Nachweis der Erfahrung aus der palliativen Behandlung (Kopie/n anliegend) |  |  |  |  |  |   |
| **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Pflegefachpersonen** gemäß § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages |
|   Staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung (beglaubigte Kopie anliegend) |
|   Nachweis des Abschlusses der Palliative-Care-Fort-/Weiterbildung oder Abschluss eines vergleich- baren Studiums (beglaubigte Kopie anliegend) |  |  |  |  |  |   |
|   Nachweis der Erfahrung aus der palliativen Pflege (Kopie/n anliegend) |
| **Betriebs- / Berufshaftpflicht** |
|   Kopie des Versicherungsscheins |
|   ggf. Antrag (Kopie) |
| **Berufsgenossenschaft** |
|   Bestätigung der Anmeldung |
|   ggf. Antrag (Kopie)  |
| **Handzeichenliste** |
|   Liste der nach § 3 des Rahmenvertrages eingesetzten Mitglieder des SAPV-Teams mit  Namen, Qualifikation (Funktion) und Handzeichen – im Original anliegend |
| **Weitere mit SAPV-Teammitgliedern getroffenen vertragliche Vereinbarungen (z. B. Kooperationsverträge) gemäß § 3 Abs. 5/3d des Rahmenvertrages**  abgeschlossene vertragliche Vereinbarung (z. B. Kooperationsverträge) mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen |
| **Kooperationsvereinbarungen mit Netzwerkpartnern** |
|   mit einem oder mehreren ambulanten Hospizdiensten gem. § 6 Abs. 3 des Rahmenvertrages |
|   Sonstige (z. B. Apotheken, sonstige Leistungserbringer) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| Ort, Datum Unterschrift der verantwortlichen Vertreterin/ des verantwortlichen Vertreters des SAPV-Teams |

**Anlage I zum Strukturerhebungsbogen – qualifizierte Ärztinnen und Ärzte**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Berufsbezeichnung/ggf. Zusatz-qualifikation | Zusatzweiterbildung Palliativmedizin(grds. mind. 160 h)gem. § 7 Abs. 3 des Rahmenvertragesja / nein | Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mind. 75 Palliativpatienten/innen innerhalb der letzten drei Jahre Berufserfahrung ja / nein | mind. einjährige klinische palliativmed. Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahreja / nein | Arbeitszeit pro Woche im SAPV-Team in Stunden | Angestellt beim SAPV-Team/Sonstiges Vertragsverhältnisniedergelassen in (Name Praxis, Ort)odertätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis  | Bemerkungen Berufserfahrung wird im Team erworben (s. § 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

**Anlage II zum Strukturerhebungsbogen - qualifiziertes Pflegefachpersonal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Berufsbezeichnung | Palliative-Care- Fort-/Weiterbildungoder Abschluss eines vergleichbaren Studiums gem. § 7 Abs. 4 des Rahmenvertragesja / nein | Erfahrung aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre Berufserfahrung ja / nein / wird im Team erworben | mind. einjährige palliativpflegerische Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahreja / nein | Arbeitszeit pro Wocheim SAPV-Team in Stunden  | Angestellt beim SAPV-Team/Sonstiges Vertragsverhältnistätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis | Bemerkungen Berufserfahrung wird im Team erworben (s. § 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

**Anlage III zum Strukturerhebungsbogen - Handzeichenliste**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Qualifikation(Funktion) | Handzeichen |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Anlage IV zum Strukturerhebungsbogen - Kooperierende Netzwerkpartner (z. B. ambulanter Hospizdienst, Apotheken, sonstige Leistungserbringer)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name des kooperierenden Netzwerkpartners | Aufgabe  | Kontaktdaten (Adresse, Telefon, Fax, E-Mail) | Beginn der ZusammenarbeitTT.MM.JJJJ | Vereinbarung liegt beija / nein |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |