

## Anlage

### Kooperationsvereinbarung mit weiteren Berufsgruppen nach § 5 QSV zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zur bedarfsgerechten Einbindung von **Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden** bei der Durchführung der geriatrischen Assessmentverfahren nach § 4 QSV in den Praxisräumlichkeiten nach § 7 QSV oder in unmittelbarer räumlicher Nähe wird mit den unten genannten Angehörigen dieser Berufsgruppen eine **Kooperationsvereinbarung** geschlossen.

Die Einbindung der Berufsgruppen erfolgt

in den Praxisräumlichkeiten des Arztes, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt

oder

in folgenden Räumlichkeiten in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Arztpraxis:

---



---

(Adresse)

Die **Entfernung** zur Praxis des Arztes, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt, beträgt \_\_\_\_\_ km bzw. \_\_\_\_\_ Minuten Fahrzeit.

**Die nachfolgend genannten Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie**

- mit dem Arzt mit Genehmigung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 5 QSV bei Bedarf bei der Durchführung der geriatrischen Assessmentverfahren nach § 4 QSV **am oben angegebenen Ort kooperieren,**
- folgende **Qualifikation** nach § 5 Abs. 2 QSV erfüllen und diese jederzeit unter Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen nachweisen können:
  - **Ausbildung** gemäß „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012“
  - mindestens **zwei Jahre Berufserfahrung** sowie **mindestens eine nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie**
- und**
- **Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren**
- und**
- mit der **Weitergabe der nachfolgenden Daten an die KVB einverstanden** sind.

Berufsgruppe	Name, Vorname	Adresse	Datum, Unterschrift
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			



Berufsgruppe	Name, Vorname	Adresse	Datum, Unterschrift
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			

**Bestätigung der Kooperation durch den Arzt, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt sowie ggf. dessen Ansteller:**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt

**evtl. zusätzlich:**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Anstellers des o.g. Arztes (MVZ-Vertretungsberechtigter, Vertragsarzt)