

Träger: _____



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Vertragswesen
Albstadtweg 11
70565 Stuttgart

FAX-ANTWORT
0711 7875-483707
E-MAIL-ANTWORT:
cocare@kvbawue.de

**Teilnahmeerklärung am Projekt CoCare (coordinated medical care) –
Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung**

Wir möchten am Projekt CoCare der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, den Verbände der Kranken- und Ersatzkassen sowie weiteren Partnern teilnehmen.

Folgende Pflegeeinrichtung wird am Projekt teilnehmen:

Name/Anschrift Pflegeheim	Landkreis	Ansprechpartner
	<input type="checkbox"/> Regierungsbezirk Stuttgart (Interventionsgruppe) Landkreis: _____	<u>Organisatorische Fragen:</u> Name: Funktion: Tel.nr.: E-Mail:
	<input type="checkbox"/> Regierungsbezirk Karlsruhe (Interventionsgruppe) Landkreis: _____	<u>Pflegerische Fragen</u> (nur Interventionsgruppe): Name: Funktion: Tel.nr.: E-Mail:
	<input type="checkbox"/> Regierungsbezirk Freiburg (Interventionsgruppe) Landkreis: _____	<u>Technische Fragen</u> (nur Interventionsgruppe): Name: Funktion: Tel.nr.: E-Mail:
	<input type="checkbox"/> Regierungsbezirk Tübingen (Kontrollgruppe) Landkreis: _____	Name: Funktion: Tel.nr.: E-Mail:

Mit der Kontaktaufnahme durch die projektbeteiligten Institutionen sind wir einverstanden und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel