

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der weiterführenden sozialpädiatrisch orientierten Versorgung gemäß der Präambel zum Abschnitt 4.2.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.
<p>Leistung</p>	<p>04356 EBM</p>
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>Anforderungen gemäß Punkt 1 der Präambel:</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>und</p> <p><input type="checkbox"/> Ich verfüge über eine sozialpädiatrische Qualifikation von mindestens 40 Stunden gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer. -bitte beifügen-</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Eine ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten in einem Sozialpädiatrischen Zentrum beziehungsweise in einer interdisziplinären Frühförderstelle wird nachgewiesen. -bitte beifügen-</p>

Organisatorische Voraussetzungen	<p>Ich erkläre, dass gemäß Punkt 2 der Präambel mindestens folgende Kooperationen vorgehalten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Logopädie ▪ Physiotherapie ▪ Ergotherapie ▪ Sozialpädiatrisches Zentrum ▪ Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie 	
Hinweis zum Datenschutz	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>	
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	<p>Ich bestätige, die Präambel zum Abschnitt 4.2.4 EBM zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt