

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>	<p>für meinen angestellten Arzt¹ <input type="checkbox"/></p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Zuname: _____</p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>LANR: _____</p> <p>☎ _____</p> <p>☎ _____</p> <p>@ _____</p>
---	---

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: _____</p>
--	----------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Beantragte Leistung	Kostenpauschale 88895		
Fachliche Voraussetzungen	Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung gem. § 2 ☞ Kinder- und Jugendpsychiater oder ☞ Kinderarzt ☞ Nervenarzt ☞ Psychiater ☞ mit jeweils mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Organisatorische/bauliche Voraussetzungen	In der Praxis sind beschäftigt (§ 3 Abs. 3): ☞ Psychologische Psychotherapeuten ☞ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ☞ Sprachtherapeuten ☞ Ergotherapeuten ☞ Physiotherapeuten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sofern die vorgenannten komplementären Berufe nicht in der Praxis vorhanden sind, muss nachgewiesen werden, dass mit diesen im Bedarfsfall kooperiert wird (§ 3 Abs. 3). Die Praxis kooperiert mit: Name: <input type="text"/> Berufsbezeichnung: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Name: <input type="text"/> Berufsbezeichnung: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Name: <input type="text"/> Berufsbezeichnung: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Name: <input type="text"/> Berufsbezeichnung: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>			



			ja	nein
	Für die nichtärztlichen Mitarbeiter stehen mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung (§ 3 Abs. 2).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle Voraussetzungen	Dem Praxisteam gehören an (§ 3 Abs. 2):	Anzahl	ja	nein
	☞ Heilpädagogen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit	<input type="text"/>		
	☞ Sozialarbeiter	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit	<input type="text"/>		
	☞ Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation (Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. -therapeutischer Zusatzqualifikation	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich. 			
Hinweis zum Datenschutz	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.			
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:		ja	nein
	☛ Urkunde der Facharztanerkennung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung			
	☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung			
	☛ Arbeitszeugnisse			

Ich bestätige, die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben und die KVSH über Änderungen, die die Erfüllung der in § 3 genannten Voraussetzungen betreffen, zu unterrichten.

Ich verpflichte mich, die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift



Bitte beifügen

Stand: August 2019

Gilt nur bei ange- stellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt