

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

## Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Verordnung von Sozialtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Sozialtherapie-Richtlinie

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt/Therapeut<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt/Therapeut, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

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

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

<b>Beantragte Leistungen</b>	30810 und 30811 EBM		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<b>Anforderungen gemäß § 4:</b> <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut <input type="checkbox"/> Facharzt für Neurologie <input type="checkbox"/> Facharzt für Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <input type="checkbox"/> anderer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie		
<b>Organisatorische/bauliche Voraussetzungen</b>	Ich stehe in Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur (§ 4): Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Kenntnisse in der Anwendung der GAF-Skala für anderer Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>		
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Ich bestätige, die Soziotherapie-Richtlinie zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum	Praxisstempel	Unterschrift
<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten/Therapeuten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>		Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes/Therapeuten der Praxis
	bei GmbH	Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
		Unterschrift ausführender, angestellter Arzt/Therapeut

