



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Posteingangsnummer BGST  
von KVS auszufüllen!

### Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der „Vereinbarung zur Mitwirkung der Kinder- und Jugendärzte an der Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexleistung)“

**Antragsteller/-in:** .....

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

**Leistungserbringer:** .....

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** .....

### Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für: .....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis                | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz      | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung   |

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

**Antrag bezieht sich auf**

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

### 1. Beantragte Leistung

Mitwirkung bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes im Rahmen der Landesregelung Komplexleistung:

Erstantrag - Abrechnungsnummer 92200,

Änderungsantrag - Abrechnungsnummer 92201

### 2. Fachliche Voraussetzungen

zugelassener oder angestellter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

oder

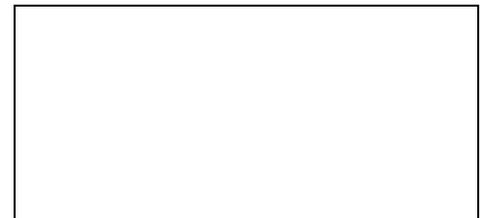
Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin  
(entsprechende Weiterbildungsnachweise sind dem Antrag im Original oder in beglaubigter Kopie beizufügen)

### 3. Sonstige Voraussetzungen

Ich verpflichte mich zur Teilnahme an einem gemeinsam mit Heilpädagogen der Frühförderstellen durchgeführten Stammtisch/Qualitätszirkel zum Thema Frühförderung (in der Regel 1 x jährlich).

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)  
(siehe Seite 1 oben)



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)