



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung zur interdisziplinären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen

gemäß der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) nach Anlage 11 des Bundesmantelvertrages vom 01.07.2009

Antragsteller/-in:
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG- Vertretungsberechtigte)

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

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ärztliche Tätigkeit
als Facharzt für:

Tätigkeit im Rahmen einer:

- Niederlassung
- Angestelltentätigkeit
- Ermächtigung
- Vertretung
- Sicherstellungsassistentz für
- Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für

Wohnort
(nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KVS erfasst)

Straße, Nr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Fax:
E-Mail::

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse:
2. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse:
3. BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse:

1. Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

2. Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

ODER

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/ Kinderheilkunde
Facharzt für Nervenheilkunde (oder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie)
Facharzt für Psychiatrie (oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

UND

Nachweis einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder frühere Teilgebietsbezeichnung Kinderneuropsychiatrie (gilt nicht für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

2.2 Genehmigung (anderer) KV

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

3. Personelle Voraussetzungen

Der Praxis gehören weitere Ärzte an, die bereits über eine Genehmigung gem. der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung verfügen:

Name/n des/r Arztes/Ärzte:.....

Die Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder für die Diagnostik und Therapie (Anlage 1 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) werden sichergestellt durch:

3.1 Anstellung der komplementären Berufe in der Praxis des Antragstellers bzw. Tätigkeit auf Honorarbasis in der Praxis

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der nichtärztlichen Mitarbeiter im Praxisteam soll zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitkräften entsprechen. Dies ist jeweils auf einen Arzt bezogen und erhöht sich je weiteren in der Praxis tätigen Arzt mit Genehmigung Sozialpsychiatrie.

3.1.1 Heilpädagogoge

..... Arbeitszeit (in Stunden)

Name(n):
.....

Vertrag und Zeugnisse über Berufsqualifikation:

liegt der KVS vor in Kopie beigefügt

3.1.2 Sozialarbeiter

..... Arbeitszeit (in Stunden)

Name(n):
.....

Vertrag und Zeugnisse über Berufsqualifikation:

liegt der KVS vor in Kopie beigefügt

3.1.3 vergleichbare Qualifikation

..... Arbeitszeit (in Stunden) der Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit entsprechender kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation

Bezeichnung der Ausbildung/ Tätigkeit:

Name(n):

Vertrag und Zeugnisse über Berufsqualifikation:

liegt der KVS vor in Kopie beigefügt

4. Räumliche/ organisatorische Voraussetzungen

4.1 Praxisräume für nichtärztliche Mitarbeiter

Für die nichtärztlichen Mitarbeiter unter Punkt 3.1. müssen mindestens 2 eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung stehen (1,5 Vollzeitkräfte, mehrere Teilzeitkräfte sind in ihrer Gesamtsumme zu betrachten). Je weiterer Vollzeitkraft muss ein zusätzlicher entsprechender Arbeitsraum vorhanden sein.

Anzahl vorhandener Arbeitsräume für nichtärztliche Mitarbeiter:

4.2 Kooperationen mit komplementären Berufen

Angaben zur Zusammenarbeit im Bedarfsfall mit folgenden komplementären Berufen (keine Verträge erforderlich):

4.2.1 Psychologischer Psychotherapeut

Name, Anschrift
.....

4.2.2 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

Name, Anschrift
.....

4.2.3 Sprachtherapeut (Logopäde)

Name, Anschrift
.....

4.2.4 Ergotherapeut

Name, Anschrift
.....

4.2.5 Physiotherapeut

Name, Anschrift
.....

5. Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtmäßig. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

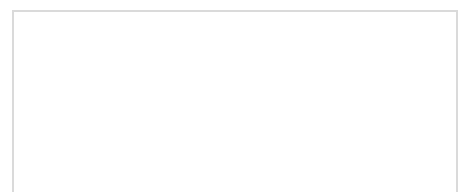
Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, Änderungen – insbesondere die nichtärztlichen Praxismitarbeiter nach 3.1 betreffend - unverzüglich der Kassennärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/mitglieder/datenschutz.

Neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam werden in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen mit den komplementären Berufen durchgeführt.

6. Nachweiseretzende Erklärung

Der Antragsteller erklärt, die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die betreuten Patienten sicherzustellen.



(Arztstempel)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(Antragsteller/in bzw. Leistungserbringer/in)