



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag auf Teilnahme
am Vertrag „PsycheAktiv Sachsen“ als **FACHARZT**
gemäß dem Vertrag nach § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen zwischen der AOK PLUS und der KVS

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
 - Sicherstellungsassistenz 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 von Leistungen als FACHARZT im Rahmen des Vertrages „PsycheAktiv Sachsen“

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt

- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- Facharzt für Nervenheilkunde
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychiatrie
- Fachärzte für Neurologie mit Qualifikation zur Behandlung psychisch Kranker (entsprechend Abrechnungsgenehmigung für Leistungen aus dem Kapitel 21 EBM 2000plus)

Facharzturkunde:

liegt der KVS vor im Original beigelegt

3 Etablierung eines Versorgungsnetzes

3.1 Kooperation mit einem Krankenhaus

Name Krankenhaus:

3.2 Beschäftigung eines Therapiebegleiters oder Kooperation mit einem Therapiebegleiter

3.2.1 Nachweis Anstellung/ Beschäftigung eines Therapiebegleiters (TB)

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Name Therapiebegleiter 1 (TB1):

Name Therapiebegleiter 2 (TB2) (optional) :

Name Therapiebegleiter 3 (TB3) (optional) :

UND / ODER

3.2.2 Nachweis Kooperation mit einem Therapiebegleiter

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

Name Therapiebegleiter 4 (TB4):

Name Therapiebegleiter 5 (TB5) (optional) :

Name Therapiebegleiter 6 (TB6) (optional) :

3.3 Qualifikation Therapiebegleiter

3.3.1 Nachweis Berufsbezeichnung Sozialtherapeut für TB1 TB2 TB3 TB4 TB5 TB6

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

ODER

3.3.2 Nachweis Berufsbezeichnung Sozialpädagoge oder Sozialarbeiter oder einer vergleichbaren höheren Qualifikation für TB1 TB2 TB3 TB4 TB5 TB6

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

UND

Nachweis einer sozialpsychiatrischen (Zusatz)Qualifikation für TB1 TB2 TB3 TB4 TB5 TB6

liegt der KVS vor in Kopie beigelegt

