



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

ODER

3.3.3 Nachweis Berufsbezeichnung „staatlich anerkannte/r Heilpädagoge/in“

für TB1 TB2 TB3 TB4 TB5 TB6

liegt der KVS vor in Kopie beigefügt

UND

Nachweis einer sozialpsychiatrischen (Zusatz)Qualifikation

für TB1 TB2 TB3 TB4 TB5 TB6

liegt der KVS vor in Kopie beigefügt

ODER

3.3.4 Nachweis Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie“

für TB1 TB2 TB3 TB4 TB5 TB6

liegt der KVS vor in Kopie beigefügt

4 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 Teilnahme am Vertrag beginnt vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Änderungen im Versorgungsnetz sind der Kassenärztlichen Vereinigung mittels und gemäß Anlage 11 mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie auf der Homepage der KV Sachsen unter der Rubrik Datenschutz.

Mit Antragsabgabe erklärt sich der Antragsteller bereit, sämtliche Verpflichtungen aus dem Vertrag „PsycheAktiv Sachsen“ zu erfüllen, insbesondere die Mitwirkung und Kooperation innerhalb der etablierten Versorgungsverbünde gemäß § 11a Abs. 1 und des Vertrages. Die Vertragsinhalte – insbesondere die Rechte und Pflichten - sind bekannt und werden akzeptiert. Die vertraglichen Regelungen sind auf der Homepage der KV Sachsen unter der Rubrik Verträge abrufbar.

Mit der Antragsabgabe gibt der Antragsteller seine Zustimmung zur Veröffentlichung seines Namens, Vornamens, Praxisanschrift, Telefon/ Faxnummer auf der Homepage der AOK PLUS und der KV Sachsen.

Mit der Antragsabgabe erklärt der Antragsteller seine Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation des Vertrages.

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		2	0						

Stempel des Arztpraxis

.....
Unterschrift des teilnehmenden FACHARZTES bzw.
Unterschriften des anstellenden Vertragsarztes/Leiters des MVZ