

### Anlage 2d

## Antrag auf Teilnahme am Vertrag nach § 140 a SGB V zur besonderen Versorgung und Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Sachsen

# 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) **BSNR** Adresse Arztpraxis: I\_\_I\_\_I\_\_I Facharzt/Fachärztin für Leistungserbringer/-in LANR (sofern abweichend vom Antragsteller) Titel/Name/Vorname des/der ausführenden Arztes/Ärzte) Titel/Name/Vorname des/der ausführenden Arztes/Ärzte) Titel/Name/Vorname des/der ausführenden Arztes/Ärzte) I\_\_I\_\_I\_\_I Titel/Name/Vorname des/der ausführenden Arztes/Ärzte) Tätigkeit im Rahmen einer: ☐ Niederlassung ☐ Angestelltentätigkeit Telefon/Fax: E-Mail: ......(zur KVS internen Verwendung)..... Mobilfunknummer .....(zur KVS internen Verwendung).....

Teilnahmeantrag am Vertrag nach § 140 a SGB V zur besonderen Versorgung und Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Sachsen

#### Erklärung des/der Antragsteller(s/in)

Mit Abgabe der Teilnahmeerklärung wird die Teilnahme am Vertrag, die Erfüllung der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 des Vertrages sowie die Einhaltung der Rechte und Pflichten, die sich für den teilnehmenden Facharzt aus diesem Vertrag und seinen Anlagen ergeben, erklärt. Insbesondere folgende Pflichten sind zu erfüllen:

Aufnahme der Tätigkeit in mindestens einer Nebenbetriebstätte (NBST) in einer Region, in der der Landesausschuss zum Zeitpunkt des Teilnahmebeginns des FA eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf auf dem Gebiet der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung festgestellt hat.

Adresse NBST:	NBSNR IIIIIIII ggf. von der KV Sachsen ergänzt
- Einsatz von mindestens einem SCOU	JT, der die Anforderungen gem. § 5 Abs. 2 erfüllt.
Name, Vorname des SCOUT und dessen Qualifikatio	n

- Telemedizinische Vernetzung aller Betriebsstätten des teilnehmenden FA, wodurch ein Echtzeitzugriff auf alle Daten des PVS sowie Videokonferenzen gemäß Anlage 1 ermöglicht werden.
- Vorhaltung spezifischer elektronischer kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostikund Therapiematerialientools in den NBST gemäß Anlage 1 des Vertrages
- Bereitschaft, die Leistungen entsprechend der Leistungsbeschreibungen gemäß Anlage 1 des Vertrages zu erfüllen.

#### Einwilligungserklärung

Der Antragsteller willigt ein, dass seine Kontaktdaten anderen, am Vertrag teilnehmenden Ärzten, zur Kontaktaufnahme und zum fachlichen Austausch zur Verfügung gestellt werden. Der Antragsteller willigt ein, ggf. an einer Evaluation zum Projekt teilzunehmen.

## Teilnahmeberechtigung

Der Antragsteller erhält eine Bescheinigung zur Teilnahmeberechtigung von der KV Sachsen mit Teilnahmebeginn.

#### Leistungsabrechnung

Die Leistungen werden im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung unter Angabe der jeweiligen Abrechnungsnummer gegenüber der KV Sachsen abgerechnet. Die Regelungen der Abrechnungsordnung der KV Sachsen in der jeweils aktuellen Fassung gelten sinngemäß. Weiterhin gelten die KV-internen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung hinsichtlich der Fristen für die Abgabe der Abrechnung sowie die Auszahlung der Honorare.

gen unverzüglich der Kassenärztlicher	gsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Anderun- n Vereinigung mitzuteilen.
Ort / Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt

Datei: Stand: Erstellt von: