

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung des Zuschlags  
Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_
- Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):  
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung und Abrechnung des Zuschlags Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung gemäß der EBM-GOP 04356.**

### **Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Die fachliche Qualifikation wird für die/den oben genannte/n Kinder- und Jugendärztin/arzt wie folgt nachgewiesen:

- Nachweis der sozialpädiatrischen Qualifikation von mindestens 40 Wochenstunden gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer
  - Nachweis beigelegt
- Eine ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten – auch im Rahmen der Weiterbildungszeit – in einem Sozialpädiatrischen Zentrum beziehungsweise in einer interdisziplinären Frühförderstelle
  - Nachweis (unter Angabe des Zeitraums und der Tätigkeit, Stempel der Einrichtung) beigelegt

### **Organisatorische Anforderungen**

- Es bestehen Kooperationen mit Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie einem Sozialpädiatrischen Zentrum.

#### **Namentliche Benennung der Kooperationspartner:**

Logopäde: \_\_\_\_\_

Physiotherapeut: \_\_\_\_\_

Ergotherapeut: \_\_\_\_\_

FA f. Kinder- und  
Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie: \_\_\_\_\_

Sozialpädiatrisches Zentrum: \_\_\_\_\_

## Erklärung

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

## Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte