

**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 beigefügt
- 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) beigefügt

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
Jugendpsychotherapie: _____

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