

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Reutlingen
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhastr. 11
72770 Reutlingen

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbwue.de

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung „Vernetzung Frühe Hilfen“

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, die Genehmigung zur Teilnahme an der derzeit gültigen Vereinbarung und damit Leistungen gemäß der Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

Teilnahmevoraussetzungen (Anhang 1 Vereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen) (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Hausarzt gemäß § 73 SGB V
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Vertragsarzt mit der Genehmigung für ein Richtlinienverfahren nach der Psychotherapie-Vereinbarung
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

und

- Teilnahme an einer Schulung mit den Themen „Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“ und „Motivierendes Elterngespräch“

Bitte entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen in Kopie beifügen.

Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich:

1. regelmäßig an einem Qualitätszirkel „Frühe Hilfen“ teilzunehmen.
2. die Teilnahmebescheinigungen an den Qualitätszirkeln auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Die derzeit gültige Vereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen ist mir bekannt. Ich verpflichte mich, diese Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt:

- Teilnahmebescheinigung an der Schulung mit den Themen „Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“ und „Motivierendes Elterngespräch“

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut