



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 423, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Psychotherapie

gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 37 a
SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V vom 22.01.2015, gültig ab 08.06.2017

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG psychiatrischer
Institutsambulanz

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung

„Verordnung von Soziotherapie“

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen auf dem Gebiet der Soziotherapie zu erbringen?

Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.)

Nein

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1. _____
Anschritt,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

2. _____
Anschritt,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

3. _____
Anschritt,

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nebenbetriebsstättennummer

A) Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 4 der Soziotherapie-Richtlinie Qualifikation

Ich bzw. der bei mir angestellte Arzt erfülle bzw. erfüllt die Voraussetzungen der in § 4 der Soziotherapie-Richtlinie aufgeführten Anforderungen:

1. Indikationsstellung für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist) und
2. den Ablauf und Erfolg der Soziotherapie zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer ggf. notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen

durch

die Berechtigung zum Führen der Gebietsarztanerkennung

- Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Arzt für Psychiatrie
- Arzt für Neurologie und Psychiatrie
- Arzt für Nervenheilkunde
- Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Gebietsarztanerkennung bitte beifügen!



B) Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen

Ich erkläre hiermit gemäß den Soziotherapie-Richtlinien - gültig ab 08.06.2017 -

die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen, um folgende Aufgaben-gebiete zu erfüllen:

- Die Verpflichtung zur bedarfsgerechten Versorgung,
- die Sicherstellung der personenbezogenen Hilfen nach den integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplänen,
- die Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und der Qualitätsverbesserung sowie die Anpassung an den Bedarf und die effektive Nutzung der Ressourcen.

Benennung der Einrichtungen: (Angaben sind zwingend erforderlich)



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Soziotherapie-Richtlinien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung/MVZ