

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-409
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356)

gemäß Abschnitt 4.2.4 EBM in der derzeit gültigen Fassung

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 Sonstiges

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstiges

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

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(Leistungserbringer)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

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

für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung nach der GOP 04356

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen der GOP 04356 zu erbringen?

JA (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.)

NEIN

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1. _____
Anschrift

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

Nebenbetriebsstättennummer

2. _____
Anschrift

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

Nebenbetriebsstättennummer

3. _____
Anschrift

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

Nebenbetriebsstättennummer

1. Fachliche Qualifikationen

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin

und

Nachweis einer sozialpädiatrischen *Qualifikation* von mindestens 40 Wochenstunden (gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer).

oder

eine ärztliche *Tätigkeit* von mindestens sechs Monaten - auch im Rahmen der Weiterbildungszeit - in einem Sozialpädiatrischen Zentrum beziehungsweise in einer interdisziplinären Frühförderstelle.

2. Kooperationen

In meiner Praxis werden folgende Kooperationen vorgehalten:

(vollständige Angaben sind zwingend erforderlich)

Logopädie:

Name und Anschrift der Praxis

Physiotherapie:

Name und Anschrift der Praxis

Ergotherapie:

Name und Anschrift der Praxis

Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie:

Name und Anschrift der Praxis

Sozialpädiatrisches Zentrum:

Name und Anschrift der Praxis

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der weiterführenden sozialpädiatrisch orientierten Versorgung gemäß der GOP 04356 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch mich bzw. durch den angestellten Arzt erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Unterschrift Leiter der Einrichtung/MVZ