

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 04356 EBM – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 EBM für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung

(Genehmigungspflichtige Leistung auf der Grundlage des EBM in der derzeit gültigen Fassung)

Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname:

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon: Praxis: privat:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)

.....

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Sozialpädiatrie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid beifügen)

Beantragte Leistung

- GOP 04356 des EBM

Fachliche Voraussetzungen (gem. den Vorgaben des EBM)

- Facharzt für „Kinder- und Jugendmedizin“
und
- Nachweis einer sozialpädiatrischen Qualifikation von mind. 40 Wochenstunden (gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer)
oder
- Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von mind. sechs Monaten – auch im Rahmen der Weiterbildungszeit – in einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. in einer interdisziplinären Frühförderstelle
und
- Ich bestätige, dass meine Praxis mit Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum kooperiert.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Der Nachweis der fachlichen Befähigung gilt mit der Berechtigung zum Führen der v. g. Gebietsbezeichnung als erbracht.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kvt.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind, auch verpflichte ich mich an die korrekte Leistungserbringung gemäß den Vorgaben zur Präambel des EBM. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Sozialpädiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Sozialpädiatrie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvt.de, Thema Datenschutz.