

|  | <br> |  |
|--|------|--|

Posteingangsnummer BGST von KVS auszufüllen!

## **Antrag**

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Verordnung von Soziotherapie

gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

| Antragsteller/-in: (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte) |   |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|
| <b>Leistungserbringe</b> (sofern abweichend vom Antrags   | r/-in:<br>teller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)                 |  |  |  |  |  |
| LANR:   | _ _   |  |  |  |  |  |
| Ärztliche Tätigkeit<br>als Facharzt für:  |   |  |  |  |  |  |
| Tätigkeit im Rahme  | en einer:   |  |  |  |  |  |
| ☐ Niederlassung ☐ Angestelltentätig ☐ Ermächtigung ☐ Vertretung   | keit ☐ Sicherstellungsassistenz für ☐ Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für |  |  |  |  |  |
| Wohnort   |   |  |  |  |  |  |
| Straße, Nr.:  |   |  |  |  |  |  |
| PLZ, Wohnort:   |   |  |  |  |  |  |
| Telefon/Fax:  |   |  |  |  |  |  |
| E-Mail:   |   |  |  |  |  |  |
| Die Genehmigung   | wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:                                 |  |  |  |  |  |
| 1. BSNR:   _  | IIIIII, Adresse:  |  |  |  |  |  |
| 2. BSNR:   _  | IIIIII, Adresse:  |  |  |  |  |  |
| 3. BSNR: III_   | IIIII, Adresse:   |  |  |  |  |  |
| 4 DOND. I I I   | I I I I I I Adronou   |  |  |  |  |  |

ANT-Soziotherapie-2020-07-04 Seite 1/3

## 1 Beantragter Leistungsbereich

| Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführu | ng und Abrechnung der | Verordnung von Soziotherapie. |
|---|-----------------------|-------------------------------|
|---|-----------------------|-------------------------------|

| 2 Fachliche Voraussetzungen  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| 2.1 Fachgruppen  |  |  |  |  |
| Fachärztin oder Facharzt für Neurologie  |  |  |  |  |
| Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde   |  |  |  |  |
| Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie   |  |  |  |  |
| Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  |  |  |  |  |
| Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie   |  |  |  |  |
| Fachärztin oder Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie   |  |  |  |  |
| Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut  |  |  |  |  |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut   |  |  |  |  |
| Facharzt-/Approbationsurkunde:   |  |  |  |  |
| ☐ liegt der KVS vor ☐ im Original beigefügt  |  |  |  |  |
| 2.2 Genehmigung (anderer) KV   |  |  |  |  |
| ☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt   |  |  |  |  |
| 2.3 Kenntnisse der GAF-Skala   |  |  |  |  |
| Kenntnisse in der Anwendung der GAF-Skala (GAF = Global Assessment of Functioning) zur Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus eines Patienten werden bestätigt.   |  |  |  |  |
| Hinweis: Informationen zur Verordnung von Soziotherapie (Grundlagen, Verordnungsformular, GAF-Skala) finden Sie unter <a href="https://www.kbv.de/html/soziotherapie.php">https://www.kbv.de/html/soziotherapie.php</a> bzw. der Broschüre PraxisWissen Soziotherapie. |  |  |  |  |
| 3 organisatorische Voraussetzungen   |  |  |  |  |
| 3.1 Kooperation  |  |  |  |  |
| Mit folgendem/r gemeindepsychiatrischem Verbund oder vergleichbarer Versorgungsstruktur besteht eine Kooperation:  |  |  |  |  |
| Name / Anschrift:  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ANT-Soziotherapie-2020-07-04 Seite 2/3

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Verordnung von Soziotherapie

| 4 E     | Erklärung des/der Antra   | gstellers(in)  |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|--|
|         | der Antragsbearbeitung<br>und ergänzende Nachv<br>ren KVen zu erteilten G<br>ten Weiterbildung. Dem | erklärt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen ung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen chweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anden Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierdem Antragsteller ist bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden ederzeit widerrufen werden kann. |  |  |  |
| pflicht |   | ich Erteilung der Genehmigung rechte   | nung der beantragten genehmigungs-<br>ens ist. Die Genehmigung kann grund- |  |  |
|         |   | er Antragsteller die Richtigkeit der Ang<br>ztlichen Vereinigung mitzuteilen.  | gaben und verpflichtet sich, Änderun-                                      |  |  |
| ziothe  | rapeutischen Leistungser  | serbringung wirkt der vorordnende Ar<br>bringer und der Krankenkasse der od<br>erliche Zusammenarbeit (§ 8 Soziothe  | er des Versicherten eng zusammen   |  |  |
|         |   |  |  |  |  |
|         |   |  |  |  |  |
| Ort, Da | atum  | Unterschrift Antragsteller(in) (siehe Seite 1 oben)  | Stempel Antragsteller(in)  |  |  |
|         |   |  |  |  |  |
| Ort, D  | atum  | Unterschrift Leistungserbringer (sofern abweichend vom Antragsteller)  |  |  |  |

ANT-Soziotherapie-2020-07-04 Seite 3/3