



Antrag

auf Genehmigung zur Verordnung der **Soziotherapie**
nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
über die Verordnung von Soziotherapie (Soziotherapie-Richtlinien)

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw.
vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</p> <p>(bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt</p> <p>in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll</p>
<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>	<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>
<p>Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):</p> <p>Telefon:</p> <p>Fax:</p> <p>E-Mail:</p>	

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch:

- die Facharztbezeichnung "Neurologie"
oder
- die Facharztbezeichnung "Nervenheilkunde "
oder
- die Facharztbezeichnung "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie"
oder
- die Facharztbezeichnung "Psychiatrie und Psychotherapie"
oder
- die Facharztbezeichnung "Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie"
(in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)
oder
- die Berufsbezeichnung "Psychologischer Psychotherapeut"
oder
- die Berufsbezeichnung "Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut"
(in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)

Kooperationsverpflichtung

Es besteht eine Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur.

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich die Soziotherapie-Richtlinie zur Kenntnis genommen habe und verpflichte mich, diese einzuhalten.
- erkläre ich, dass ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)