

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Qualitätssicherung
PF 160145

19091 Schwerin



Stempel bzw. Name/Adresse/☎

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

1. Fachliche Qualifikation:

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie)

oder

Facharzt für Kinderheilkunde *

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie *

Facharzt für Psychiatrie *

* mit mindestens 2-jähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

2. Kooperation mit komplementären Berufen

Die Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder für die Diagnostik und Therapie (Anlage der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) stelle ich sicher durch:

2.1. Bildung eines Praxisteam

durch

Anstellung in der Praxis des antragstellenden Arztes:

_____ Anzahl der Heilpädagogen

_____ Anzahl der Sozialpsychiater

_____ Anzahl der Mitarbeiter mit entsprechender kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Qualifikation

oder

Tätigkeit auf Honorarbasis in der Praxis des antragstellenden Arztes

_____ Anzahl der Heilpädagogen

_____ Anzahl der Sozialpsychiater

_____ Anzahl der Mitarbeiter mit entsprechender kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Qualifikation

Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit im Praxisteam soll zusammen mindestens 1,5 Vollzeitkräften entsprechen.

- Den nichtärztlichen Mitarbeitern stehen 2 eigene Arbeitsräume zur Verfügung.

2.2. Kooperation mit komplementären Berufen

Mit folgenden speziellen komplementären Hilfsberufen arbeite ich zusammen:

Diplom-Psychologe Name/Anschrift: _____

in kooperativer Form angestellt in meiner Praxis _____

Sprachtherapeut Name/Anschrift: _____

in kooperativer Form angestellt in meiner Praxis _____

Physiotherapeut Name/Anschrift: _____

in kooperativer Form angestellt in meiner Praxis _____

3. Erklärung

Ich verpflichte mich, die in der Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.

Neben der kontinuierlichen Absprache im Praxisteam führe ich in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat patientenorientierte Fallbesprechungen mit komplementären Berufen durch.

Jede Veränderung, die die Erfüllung der nach § 3 genannten Voraussetzungen betreffen, werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mitteilen. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass durch die Kassenärztliche Vereinigung eine Überprüfung der von mir gemachten Angaben erfolgen kann.

Zeugnisse und Nachweise lege ich im Original bzw. als beglaubigte Kopie vor.

Gemäß dieser Vereinbarung beteilige ich mich an der Evaluation und stelle dazu in anonymisierter Form die geforderten Angaben über die Durchführung und die Ergebnisse der auf der Grundlage der Vereinbarung durchgeführten Behandlung zur Verfügung.