

| |
|-------------|
| Arztstempel |
|-------------|

Anlage zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Hinweis: Bitte fügen Sie diesem Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihren
Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Antragsstellung erfolgt für:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Name, Vorname, Titel LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab:

| |
|--|
| |
|--|

Organisatorische Anforderungen

- Meinem Praxisteam gehören Diplompsychologen, Sprachtherapeuten
(Logopäden), Ergotherapeuten oder Psychotherapeuten an.
- Meinem Praxisteam gehören **keine** Diplompsychologen, Sprachtherapeuten
(Logopäden), Ergotherapeuten oder Psychotherapeuten an.

Ich kooperiere mit:

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

Bei weiteren Kooperationen fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift Antragsteller/in