

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Praxisstempel

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

**Hinweis: Bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem  
Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.**

Die Antragstellung erfolgt für: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

**Organisatorische Anforderungen**

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

Im Bedarfsfall kooperiere ich 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)

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**