

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 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

---

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