



Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

E-Mail: Soziotherapie@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 182

Antrag auf Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Gebietsbezeichnung

- Neurologie
- Nervenheilkunde
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie mit Kenntnissen in der Anwendung der GAF-Skala

Zulassung: _____

angestellt bei _____

Ich kooperiere mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen (§ 4 Abs. 3 der Soziotherapie-Richtlinien):

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mit dieser Unterschrift erkläre ich, dass ich die aus den Soziotherapie-Richtlinien mir erwachsenen Verpflichtungen vollständig erfüllen werde.

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung
Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden.
Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.