

Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

E-Mail: sozialpaediatric@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 189

Antrag auf Genehmigung der weiterführenden sozialpädiatrisch orientierten Versorgung

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für _____ seit: _____

Schwerpunkt: _____ seit: _____

Zusatzbezeichnung: _____ seit: _____

Angestellter Arzt bei: _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit

 Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit

 Praxisgemeinschaft mit

 Zulassung/Ermächtigung ab: _____

- Ich verfüge über eine sozialpädiatrische Qualifikation im Umfang von mindestens 40 Wochenstunden gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer

oder

- eine ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten in einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. in einer interdisziplinären Frühförderstelle

Die erforderlichen Nachweise sind beigefügt.

- Nachfolgend aufgeführte Kooperationen werden vorgehalten:

- Logopädie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sozialpädiatrischen Zentrum
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

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.