

Antrag auf Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Name:

BSNR:

LANR:

Privatanschrift

Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten: Anschrift des Krankenhauses)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

I. Fachliche Qualifikation des Arztes

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie

oder

Kinderarzt / Nervenarzt / Psychiater mit einer mindestens 2-jährigen Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

II. Praxisteam

- ein Heilpädagoge:

und

- ein Sozialarbeiter:

oder

- eine entsprechende Anzahl von Mitarbeitern mit jeweils vergleichbaren Qualifikationen wie Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation:

- (Dipl.) Psychologe:

- Sprachtherapeut (Logopäde):

- Ergotherapeut:

- Physiotherapeut:

- weitere Mitarbeiter:

.....
.....
.....

Die vereinbarte Arbeitszeit entspricht zusammen mindestens der von 1,5 Vollzeitbeschäftigten.

Für die nichtärztlichen Mitarbeiter stehen mindestens 2 eigene, abgeschlossene Arbeitsräume in der Praxis zur Verfügung.

III. Kooperationen mit komplementären Berufen

(Bitte geben Sie Name und Anschrift an.)

(Dipl.) Psychologe:
.....

Sprachtherapeut:
.....

Ergotherapeut:

.....

Physiotherapeut:

.....

ggf. weitere Kooperationspartner:

.....

.....

.....

.....

IV. Erklärungen:

1. Ich verpflichte mich, die in dieser Vereinbarung aufgeführten Anforderungen (Anlage) zu erfüllen und eine umfassende sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von mir betreuten Patienten sicherzustellen.
2. Ich versichere hiermit, dass in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal im Monat, patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der o. g. komplementären Berufe stattfinden werden.
3. Über alle etwaigen Änderungen (Praxisteam, Kooperationen) werde ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein umgehend informieren.
4. Ich verpflichte mich zur Beteiligung an der in der Vereinbarung geforderten Evaluation.
5. Ich verpflichte mich, für die Abrechnung der Pauschale je Behandlungsfall mindestens einen Arzt-Patienten-Kontakt sowie zwei weitere Kontakte, die beispielsweise als Arzt-Eltern-Kontakt oder SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt oder SPV-Mitarbeiter-Eltern-Kontakt erbracht werden können, durchzuführen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

.....
ggf. Unterschrift des anstellenden
Arztes

Dem Antrag füge ich folgende **Anlagen** bei:

1. Zeugnis/se über meine fachliche Qualifikation sowie die Qualifikation meiner Mitarbeiter
2. Beschäftigungsnachweise für meine Mitarbeiter
3. Kooperationsbestätigungen mit den komplementären Berufen

Anlage:

Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder, die vom an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmenden Arzt sicherzustellen sind

I. Diagnostik

1. Neuropsychiatrische Diagnostik unter Einbeziehung aller klinisch relevanten somatischen Befunde
2. Umfassende Diagnostik der Entwicklung und des Sozialverhaltens, einschließlich der Verhaltensbeobachtung im sozialen Umfeld
3. Interaktions- und Beziehungsdiagnostik einschließlich biographischer Anamnese mit Beobachtung des Patienten im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und seiner Umwelt
4. Spezifische Testdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung

II. Therapie

1. Erstellen von individuellen Therapieplänen unter Einbeziehung der jeweils erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Maßnahmen
2. Koordination und verantwortliche Begleitung des therapeutischen Prozesses
3. Beratung der Bezugspersonen, ggfs. mit Anleitung zur Verhaltensänderung
4. Sozialberatung des Patienten und seiner Bezugspersonen
5. Intervention bei psychosozialen Krisen, einschließlich der erforderlichen Kontaktnahmen, z. B. zu Behörden und Schulen
6. Heilpädagogische und soziotherapeutische Maßnahmen
7. Psychotherapeutische Maßnahmen
8. Entwicklungstherapeutische Maßnahmen (z. B. Ergotherapie, Logopädie)