PsycheAktiv Sachsen

Anlage 11 zum Vertrag

AOK PLUS

Mitteilung des FACHARZTES über Veränderungen im Versorgungsnetz

Änderungen in der Zusammensetzung des Versorgungsnetzes sind unverzüglich gegenüber der KVS anzuzeigen.

Der FACHARZT Name, Vorname LANR

zeigt folgende Veränderungen innerhalb seines Versorgungsnetzes gegenüber den Angaben auf seiner Teilnahmeerklärung bzw. seiner letzten Veränderungsmitteilung an:

☐ **Änderung des Krankenhauses/der Krankenhäuser** (bitte ggf. ankreuzen)

Zu meinem Versorgungsnetz gehören gemäß § 11a Abs. 3b):

☐ ein Krankenhaus ☐ mehrere Krankenhäuser (Angaben zu mehr als zwei Krankenhäusern erfassen Sie bitte auf einer weiteren Veränderungsmitteilung.)

Krankenhaus 1 – Bezeichnung/Name

Straße & Hausnummer

PLZ Ort

Krankenhaus 2 – Bezeichnung/Name

Straße & Hausnummer

PLZ Ort

☐ **Änderung des Therapiebegleiters** (bitte ggf. ankreuzen)

Zu meinem Versorgungsnetz gehören gemäß § 11a Abs. 3a):

☐ ein Therapiebegleiter ☐ mehrere Therapiebegleiter (Angaben zu mehr als zwei Therapiebegleitern erfassen Sie bitte auf einer weiteren Veränderungsmitteilung.)

Therapiebegleiter 1 ist eine Person, die

☐ die Berufsbezeichnung Sozialtherapeut, Sozialpädagoge[1] oder Sozialarbeiter[1] führt oder

☐ eine vergleichbare Qualifikation **gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 2 hat.**

☐ die Berufsbezeichnung **„staatlich anerkannte/r Heilpädagoge/in[1]“** gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 3 führt.

☐ die Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie“ gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 4 führt.

[1] mit einer sozialpsychiatrischen (Zusatz)Qualifikation gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 2

Bitte Nachweis/e über die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen beifügen (z. B. Urkunde Berufserlaubnis, Abschluss, etc.)

Nachname/ggf. Institution bei Kooperation Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift oder Anschrift der anstellenden Einrichtung bei Kooperation**)

PLZ Ort

Therapiebegleiter 2 ist eine Person, die

☐ die Berufsbezeichnung Sozialtherapeut, Sozialpädagoge[1] oder Sozialarbeiter[1] führt oder

☐ eine vergleichbare Qualifikation **gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 2 hat.**

☐ die Berufsbezeichnung **„staatlich anerkannte/r Heilpädagoge/in[1]“** gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 3 führt.

☐ die Berufsbezeichnung „Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie“ gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 4 führt.

[1] mit einer sozialpsychiatrischen (Zusatz)Qualifikation gemäß § 11a Abs. 3 a Nr. I Punkt 2

Bitte Nachweis/e über die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen beifügen (z. B. Urkunde Berufserlaubnis, Abschluss, etc.)

Nachname/ggf. Institution bei Kooperation Vorname

Straße & Hausnummer (**Praxisanschrift oder Anschrift der anstellenden Einrichtung bei Kooperation**)

PLZ Ort

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vertraglichen Anforderungen und Regelungen in Bezug auf das Versorgungsnetz gemäß § 11a Abs. 3 vollumfänglich erfüllt werden:

. . 2 0

Datum

Unterschrift des FACHARZTES

Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes/ Leiters des MVZ