



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der „Vereinbarung zur Mitwirkung der Kinder- und Jugendärzte an der Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexleistung)“

Antragsteller/-in:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung |

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1. Beantragte Leistung

Mitwirkung bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes im Rahmen der Landesregelung Komplexleistung:

Erstantrag - Abrechnungsnummer 92200,
Änderungsantrag - Abrechnungsnummer 92201

2. Fachliche Voraussetzungen

zugelassener oder angestellter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

oder

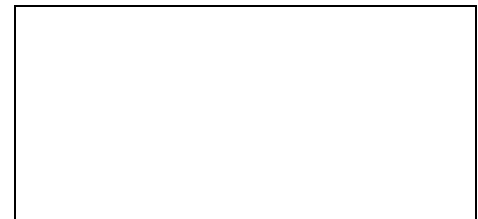
Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin
(entsprechende Weiterbildungsnachweise sind dem Antrag im Original oder in beglaubigter Kopie beizufügen)

3. Sonstige Voraussetzungen

Ich verpflichte mich zur Teilnahme an einem gemeinsam mit Heilpädagogen der Frühförderstellen durchgeführten Stammtisch/Qualitätszirkel zum Thema Frühförderung (in der Regel 1 x jährlich).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)



Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)