



## Antrag

auf Genehmigung zur Verordnung von Sozialtherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Sozialtherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Sozialtherapie-Richtlinie vom 08. Juni 2017)

### Antragsteller/-in:

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

### Leistungserbringer:

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

### LANR:

### Ärztliche/ psychotherapeutische Tätigkeit

als Facharzt für/ als Psychologischer Psychotherapeut/  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Einzelpraxis                | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer 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. Fachliche Qualifikation des Leistungserbringers

- Fachärztin oder Facharzt für Neurologie
- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde
- Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

### 2. Erklärung des/der Antragstellers(in)

Mit folgendem/r gemeindepsychiatrischem Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstruktur besteht eine Kooperation:

**Name / Anschrift:**

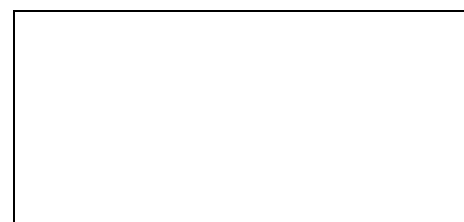
.....

.....

.....

.....

Die entsprechend § 8 der Richtlinie geforderte Zusammenarbeit mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und der Krankenkasse wird gewährleistet.



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Ort, Datum

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