

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Antragsverfahren
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Sozialpädiatrie

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der GOP 04356 – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung –

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen **und** männlichen Geschlechts.*

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Team Antragsverfahren

Florian Hehl
Zeynep Sever-Kulay
Celine Sophie Zunke
Tel. 069 24741-6360/ 6572/ 6037
Fax 069 24741-68847
Antragsverfahren@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ
mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort: _____
_____ BSNR: _____

_____ _____ _____

Anschrift Standort: _____
_____ BSNR: _____

_____ _____ _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistungen

GOP 04356 EBM – Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Qualifikation:

- Ich führe die **Facharztbezeichnung: Kinder- und Jugendmedizin**
- und**
- verfüge über den **Nachweis** einer **sozialpädiatrischen Qualifikation** von **mindestens 40 Stunden** (gemäß dem Curriculum „**Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis**“ der Bundesärztekammer,
- oder**
- verfüge über den **Nachweis** einer **sechs monatigen ärztlichen Tätigkeit** (auch im Rahmen der Weiterbildungszeit) in einem **Sozialpädiatrischen Zentrum** bzw. einer **interdisziplinären Frühförderstelle**.

Der entsprechende Nachweis (auch in Kopie) ist diesem Antrag beigelegt.

Kooperationsvoraussetzungen:

- Ich bestätige, dass meine Praxis mit Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum **kooperiert**.

Erklärungen und Hinweise

- Für Ärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin, die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen.

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit führen können.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Datum

.....
Unterschrift des MVZ-Leiters bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes

.....
Stempel

Stand: Juni 2023