KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

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

Tarja Mayer
Christiane Stindt
Florian Hehl
Tel 069 24741-6543/ 6569/ 6360
Fax 069 24741-6884
Antragsverfahren@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 I 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 _____

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Art der Tätigkeit[1]:

☐ 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 Tätigkeit[2]:

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.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

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 beigefügt.

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.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

- 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

……..	……	Stempel
Datum	Unterschrift des MVZ-Leiters bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes	

Stand: Februar 2025

Formular drucken