



## **Anlage 1 zum Antrag zur Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie**

### **Erklärung des Trägers (Krankenhaus) für angestellte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, welche die Funktion der Bezugsbehandlerin bzw. des Bezugsbehandlers nach § 4 KSVPsych-RL übernehmen**

(Nur durch den Träger des Krankenhauses auszufüllen)

Bezugnehmend auf die KSVPsych-Richtlinie (siehe tragende Gründe zur KSVPsych-RL § 4 Abs. 1),  
bestätige/n ich/ wir,

\_\_\_\_\_  
(Name des Krankenhauses)

dass die folgend genannte Ärztin/ Psychotherapeutin bzw. der folgend genannte Arzt/  
Psychotherapeut in dem o.g. Krankenhaus in Vollzeit beschäftigt ist:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname Ärztin/ Arzt, Psychotherapeutin/Psychotherapeut)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Krankenhaus-Vertretungsbefugten

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichners: