



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Bedarfsprüfung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

**BITTE VERGESSEN SIE NICHT,
IHR MELDEFORMULAR ZU
UNTERSCHREIBEN!**

Meldeformular zur Einbeziehung bereits behandelnder Leistungserbringer nach §3 Abs. 12 der KSVPsych-Richtlinie

Das Formular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen! Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

1. Angaben zum Netzverbund

Bitte geben Sie den Namen oder die Vorgangsnummer des Netzverbundes an, welches Sie künftig in die Behandlung von Patienten einbezieht

Name des Netzverbundes	
Aktenzeichen (falls vorhanden)	

2. Angaben zum einzubeziehenden Leistungserbringer

Vorhandene vorbehandelnde Leistungserbringer, welche nicht selbst Netzverbundmitglied sind, können in die Versorgung nach der KSVPsych-RL einbezogen werden. So kann eine bereits, wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 KSVPsych-RL, begonnene Behandlung fortgesetzt und die Kontinuität der Versorgung gewährleistet werden.

In die Versorgung gemäß dieser Richtlinie können auf Wunsch des Patienten und in Absprache mit dem Bezugsarzt oder dem Bezugspsychotherapeuten einbezogen werden:

1. Ärztliche Leistungserbringer
2. Psychotherapeutische Leistungserbringer
3. Nichtärztliche Leistungserbringer nach dem SGV V (z.B. Leistungserbringer aus dem Bereich der Ergotherapie, Soziotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege)

Voraussetzung hierfür ist, dass der einzubeziehende Leistungserbringer, der dem Netzverbund nicht angeschlossen ist, dem Gesamtbehandlungsplan zustimmt und für die Teilnahme an Fallbesprechungen und für erforderliche sonstige Absprachen für seine Patienten zur Verfügung steht.

Name des Leistungserbringers	
Anschrift	
BSNR/LANR	
Berufsgruppe	
Fachgebiet	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass (bitte Zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	die Einbeziehung in die Versorgung auf Wunsch des Patienten und in Absprache mit dem Bezugsarzt oder dem Bezugspsychotherapeuten erfolgt.
<input type="checkbox"/>	ich dem Gesamtbehandlungsplan zustimme.
<input type="checkbox"/>	ich für die Teilnahme an Fallbesprechungen, in welchen die von mir behandelten Patienten thematisiert werden, und für erforderliche sonstige Absprachen für meine Patienten zur Verfügung stehe.
<input type="checkbox"/>	mir die Inhalte und Bestimmungen der KSVPsych-RL bekannt sind.

Ich versichere, dass die von mir in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitteilen.

(Ort, Datum)

Name und Unterschrift des einzubeziehenden Leistungserbringers

(Ort, Datum)

Name und Unterschrift eines Netzverbundvertreters