

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Meldestelle Psych.-Komplexversorgung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Telefon: 089/57093-3364
Fax: 08957093-64937
komplexversorgung@kvb.de

Datum

Änderungsanzeige § 3 Abs. 9 und 10 KSVPsych-RL

Verpflichtung zur Anzeige von Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner an die Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB).

Name des Netzverbundes _____

Netzverbundnummer (NVN) _____

Hinweis: Pro Änderung bitte ein gesondertes Anzeigeformular verwenden!

<input type="checkbox"/> Netzmitglied <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____ Fachrichtung: _____ Bezugsarzt/-psychotherapeut: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	Name des KH: _____ ggf. Bezugsarzt/-psychotherapeut Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____ Fachrichtung: _____
<input type="checkbox"/> weiterer Leistungserbringer <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Soziotherapie <input type="checkbox"/> psych. häusl. Krankenpflege Vorname: _____ Name: _____ Praxisanschrift: _____
<input type="checkbox"/> Koordinationspersonal <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	Vorname: _____ Name: _____

Sonstiges/Ergänzungen: _____

Mir ist bekannt, dass bei Unterschreiten der Mindestanforderungen für die Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL die Wiedererfüllung innerhalb von 6 Monaten gegenüber der KVB nachzuweisen ist und bis zum Zeitpunkt der Wiedererfüllung die Versorgung der durch die Netzverbundmitglieder behandelten Patientinnen und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass hinzukommende Netzverbundmitglieder dem bestehenden Netzverbundvertrag vollumfänglich beitreten bzw. neues Koordinationspersonal die Voraussetzungen bzw. Aufgaben nach § 5 iVm § 10 KSVPsych-RL erfüllt. Kooperationsverträge mit hinzukommenden Kooperationspartnern sowie Zulassungsbescheinigungen hinzukommender weiterer Leistungserbringer reiche ich ein.

Ort, Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/r Netzverbund

Von der KVB auszufüllen:

Teilnahme (Name) _____ ab (Datum) _____

- Die Mindestanforderungen werden nicht unterschritten.
 Die Mindestanforderungen werden unterschritten. Die Wiedererfüllung ist bis _____ nachzuweisen.
 Ggf: Kooperationsvertrag / Zulassungsbescheinigung

Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Name und Unterschrift KVB