

## Erklärung zur Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL für Netzverbundmitglieder

Netzverbund: \_\_\_\_\_

Netzverbundnummer (NVN), sofern bekannt \_\_\_\_\_

von	
Titel	_____
Name	Vorname

Ich bevollmächtige

\_\_\_\_\_ (*Vertretungsberechtigte/r Netzverbund*)

für mich gegenüber der KVB für alle Angelegenheiten im Zusammenhang mit der KSVPsych-RL tätig zu werden, insbesondere auch hinsichtlich der Mitteilungspflichten nach § 3 Abs. 9, 10 und 11 KSVPsych-RL.

Des Weiteren bestätige ich, dass mir die Inhalte der KSVPsych-RL bekannt sind und die Einhaltung der in der KSVPsych-RL geregelten Aufgaben und Anforderungen sicherstelle. Ich verpflichte mich unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 KSVPsych-RL therapieorientiert im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans in der Region zu gewährleisten.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel Antragsteller