

Dem Praxisteam gehören aktuell folgende nichtärztliche Mitarbeiter an (bitte Anzahl der Mitarbeiter eintragen):

- _____ (Dipl.) Heilpädagoge
- _____ (Dipl.) Sozialpädagoge / (Dipl.) Sozialarbeiter
- _____ (Dipl.) Psychologe(*)
- _____ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- _____ Ergotherapeut(*)
- _____ Physiotherapeut(*)
- _____ Psychologischer Psychotherapeut
- _____ Logopäde(*)
- _____ Sonstige Mitarbeiter mit kinder- und jugendpsychiatrischer bzw. -therapeutischer Zusatzqualifikation(*):

Ich versichere, dass die mit (*) gekennzeichneten Mitarbeiter mindestens sechs Monate in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen oder Kliniken tätig waren.

Ich bestätige, dass die **vertraglich vereinbarte Arbeitszeit der nicht-ärztlichen Mitarbeiter** im Praxisteam zusammen mindestens der von _____ Vollzeitkräften entspricht.

Für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter stehen mindestens zwei eigene, abgeschlossene Arbeitsräume zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift zugelassener SPV-Teilnehmer/ BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Ort, Datum

ggf. Unterschrift weiterer zugelassener SPV-Teilnehmer



Ort, Datum

ggf. Unterschrift weiterer zugelassener SPV-Teilnehmer



Stempel Antragsteller