

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

**Genehmigung** zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären **Frühförderstellen** in Bayern und

**Genehmigung** zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen (**Tagesstätten**)

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

**Facharztbezeichnung** \_\_\_\_\_  
(Nur für Kinderärzte, hausärztlich tätige Internisten, HNO-Ärzte, Augenärzte und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie)

- Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt
- Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)
- Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)
- Ich bin ermächtigter Arzt

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### Die Antragstellung erfolgt für

- den Antragsteller persönlich *oder*
- den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:
- LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_
- Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_
- Angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis
- Angestellter Arzt bei o. g. Berufsausübungsgemeinschaft
- Vertragsarzt im o. g. MVZ
- Angestellter Arzt im o. g. MVZ

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/> Durchführung medizinischer Maßnahmen bei <b>körperlich, geistig oder mehrfach Behinderten im Vorschul- oder Schulalter in folgender Tagesstätte/ folgenden Tagesstätten</b> ( <i>bei mehreren Tagesstätten bitte <b>Anlage A</b> verwenden</i> ):	
Name der Einrichtung	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung	
Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name des Dachverbandes	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes	
<input type="checkbox"/> Durchführung der medizinischen Frühförderung von <b>behinderten Kindern bzw. von Behinderung bedrohter Kinder in folgender Frühförderstätte/ folgenden Frühförderstätten</b> ( <i>bei mehreren Frühförderstätten bitte <b>Anlage B</b> verwenden</i> ):	
Name der Einrichtung	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung	
Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name des Dachverbandes	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes	

## 3. Voraussetzungen


Zur Durchführung der medizinischen Frühförderung und zur Durchführung medizinischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen in Tagesstätten ist für die Erteilung der Genehmigung Voraussetzung, <b>dass die Einrichtung den jeweiligen Rahmenvertrag in der jeweils gültigen Fassung anerkennt und an diesem teilnimmt.</b>	
In der Einrichtung werden folgende Leistungen erbracht	
<input type="checkbox"/> Erstellung des Behandlungsplans	<input type="checkbox"/> Teamgespräche

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Die Einrichtung muss den Rahmenvertrag über die Frühförderung behinderter Kinder oder von Behinderung bedrohter Kinder und die Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlichen in Tagesstätten vom 01.09.2010 in der jeweils geltenden Fassung (§ 2 Abs. 3 des Rahmenvertrags) bzw. den Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19.05.2006 in der Fassung vom 01.07.2011 anerkennen.

Ebenso muss die Einrichtung alle zur Durchführung des Vertrags getroffenen Vereinbarungen sowie die jeweils gültige Gebührenvereinbarung anerkennen und sich verpflichten, diese zu erfüllen.

Informationen zum Thema Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder können Sie bei Bedarf unter <https://www.kvb.de/service/rechtsquellen/f/> **Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder** abrufen.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

## Anlage A

**zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung der medizinischen Frühförderung** von behinderten Kindern bzw. von Behinderungen bedrohter Kinder und/oder **medizinischer Maßnahmen** bei körperlich, geistig oder mehrfach Behinderten **im Vorschul- oder Schulalter**

**in folgenden weiteren Tagesstätten:**

1. \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung

Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name des Dachverbandes

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes

2. \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung

Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name des Dachverbandes

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes

3. \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung

Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name des Dachverbandes

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes

4. \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung

Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Name des Dachverbandes

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes

## Anlage B

zum Antrag auf **Genehmigung zur** Durchführung der medizinischen Frühförderung von behinderten Kindern bzw. von Behinderung bedrohter Kinder

in folgenden weiteren Frühförderstätten:

1.	_____
	Name der Einrichtung
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung
Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____
	Name des Dachverbandes
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes

2.	_____
	Name der Einrichtung
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung
Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____
	Name des Dachverbandes
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes

3.	_____
	Name der Einrichtung
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung
Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____
	Name des Dachverbandes
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes

4.	_____
	Name der Einrichtung
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung
Es handelt sich bei der o. g. Einrichtung um eine Zweigstelle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____
	Name des Dachverbandes
	_____
	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Dachverbandes