

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/> Durchführung medizinischer Maßnahmen bei körperlich, geistig oder mehrfach Behinderten im Vorschul- oder Schulalter in folgender Tagesstätte/ folgenden Tagesstätten (<i>bei mehreren Tagesstätten bitte Anlage A 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 medizinischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen in Tagesstätten ist für die Erteilung der Genehmigung Voraussetzung, dass die Einrichtung den jeweiligen Rahmenvertrag in der jeweils gültigen Fassung anerkennt und an diesem teilnimmt.
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) 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. 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