

Fax-Nr.: 089 / 57093-64335

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Mitteilung über Änderung der nicht-ärztlichen Mitarbeiter

im Rahmen der **Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen** nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) vom 01.07.2009

Hinweis: Zur Teilnahme an der SPV eines Kinder- und Jugendpsychiaters bzw. Kinderarztes, Nervenarztes oder Psychiaters mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Praxis bitte den „**Teilnahmeantrag Sozialpsychiatrische Versorgung (Kinder/Jugendliche)**“ verwenden.

Die Änderung betrifft folgende Praxis:

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Bereits **zugelassene** SPV-Teilnehmer der Praxis:

1.) LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

2.) LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

3.) LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

In der Praxis sind noch ____ **angestellte** Ärzte tätig, die ebenfalls an der SPV teilnehmen.

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