



Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Team Bedarfsprüfung  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt am Main

**BITTE VERGESSEN SIE NICHT,  
IHR MELDEFORMULAR ZU  
UNTERSCHREIBEN!**

## Meldeformular zur Einbeziehung weiterer Leistungserbringer in die Versorgung nach der KSVPsych- Richtlinie nach § 3 Abs. 4 KSVPsych-RL

Das Formular bitte vollständig ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen! Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein, ohne dadurch eine geschlechtsspezifische Diskriminierung vornehmen zu wollen.

### 1. Angaben zum Netzverbund

Bitte geben Sie den Namen oder die Vorgangsnummer des Netzverbundes an, welches Sie künftig in die Behandlung von Patienten einbezieht

Name des Netzverbundes	
Aktenzeichen (falls vorhanden)	

### 2. Angaben zum einzubeziehenden Leistungserbringer

Kann der Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie nicht von den Netzverbundmitgliedern und den Kooperationsvertragspartnern gedeckt werden, können im begründeten Einzelfall zusätzliche Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden.

Einbezogen werden können beispielsweise

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Behandlung von Heranwachsenden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
- Leistungserbringer nach § 3 Abs. 2 und 3 der KSVPsych-RL (z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, psychiatrische häusliche Krankenpflege)

Name des Leistungserbringers	
Anschrift	
BSNR/LANR	
Berufsgruppe	
Fachgebiet	

