

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV HESSEN
KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Kooperationsnachweis

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Verordnung von Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie (ST-RL)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie gemäß § 37a SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung Team 1

Maria Kazantsidou

Tel 069 24741-6522
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____

LANR _____ BSNR _____

Praxisanschrift _____

 _____  _____  _____

Sonstige Anforderungen - Nachweis der Kooperation - § 4 Abs. 2 letzter Absatz (ST-RL)

Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen (§ 4 Abs. 2 letzter Satz, 132b SGB V ST-RL)

Ich kooperiere mit:

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name der Einrichtung _____

Leiter der Einrichtung _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

➔ **Bitte beachten Sie: Die leistungspflichtige Krankenkasse des Patienten kann Auskunft über Soziotherapeutische Leistungserbringer in der Region geben. Der Leistungserbringer muss anerkannt sein bzw. über eine Genehmigung verfügen. Ein entsprechender Nachweis ist dem Antrag beizufügen.**

Erklärungen und Hinweise

Ich versichere, dass die in diesem Dokument gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes

.....
ggf. Praxisstempel

Stand 31.05.2023