

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement  
Europaallee 7 – 9  
66113 Saarbrücken

**Antrag auf Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung**

**Leistungserbringer/in**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_  
LANR

☒ Anschrift

@ E-Mail-Adresse

☎ Telefonnummer

**Tätigkeitsart**

Ab/Seit: \_\_\_\_\_  niedergelassen  angestellt  ermächtigt  
 Gemeinschaftspraxis  Einzelpraxis  MVZ  Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Teilnahme an  hausärztlicher Versorgung  fachärztlicher Versorgung

\_\_\_\_\_  
im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

**Tätigkeitsorte** (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

☒ Anschrift

\_\_\_\_\_  
BSNR

☒ Anschrift

\_\_\_\_\_  
BSNR

☒ Anschrift

\_\_\_\_\_  
BSNR

☒ Anschrift

\_\_\_\_\_  
BSNR

## Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Ich bin ...

- Fachärztin oder Facharzt für Neurologie
- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde
- Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

## Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Ich befinde mich in einer Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen (§ 4 Abs. 2 Soziotherapie-Richtlinie).

- Eine Kooperation besteht mit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(genaue Bezeichnung und Adresse des Leistungserbringers)

Ich bestätige Kenntnisse in der Anwendung der GAF-Skala zu besitzen. Außerdem bin ich in der Lage, die Indikation für die Soziotherapie zu stellen (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist), deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Betreuungsplan vorzunehmen (§ 4 Abs. 1 Soziotherapie-Richtlinie).

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Mir ist bekannt, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer/in

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin  
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

\_\_\_\_\_  
Stempel