

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Verordnung von Sozialtherapie

### Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

### Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

### Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/soziotherapie](http://www.kvbawue.de/soziotherapie)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Verordnung von Soziotherapie {SOZ1}

### Fachliche Befähigung nach § 4 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Nervenheilkunde“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Neurologie“ oder „Neurologie und Psychotherapie“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“
- Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“
- Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung mit Zusatz-Weiterbildung „Psychotherapie“
- Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“
- Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“



### Erklärung

Ich befinde mich in einer Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

