

Arztstempel/ Praxisstempel
----------------------------

**Beiblatt zum Antrag auf Übernahme der Genehmigung zur Teilnahme an der  
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der  
sozialpsychiatrischen  
Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

**Hinweis:** bitte fügen Sie dieses Beiblatt vollständig ausgefüllt und unterschrieben Ihrem Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

**Die Antragstellung erfolgt für:**

Name, Vorname, Titel	LANR

Die Aufnahme der Tätigkeit erfolgt ab: \_\_\_\_\_

**Organisatorische Anforderungen**

- Meinem Praxisteam gehören Diplompsychologen, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Psychotherapeuten an.
- Meinem Praxisteam gehören **keine** Diplompsychologen, Sprachtherapeuten (Logopäden), Ergotherapeuten oder Psychotherapeuten an.

Ich kooperiere mit:

---

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

---

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

---

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

---

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

---

Angabe des Namens, der Anschrift und der Berufsbezeichnung

Bei weiteren Kooperationen fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen).

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben