



Teilnahmeerklärung des Kinder- und Jugendlichen- / Psychologischen Psychotherapeuten / Ärztlichen Psychotherapeuten

zum Modulvertrag "besondere psychotherapeutische Behandlung" zur Vereinbarung zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S gemäß § 136 Abs. 4 SGB V

Rücksendung auch per Fax möglich:	Bezirksstelle Düsseldorf Bezirksstelle Köln	Fax-Nr. 0211/5970-8574 Fax-Nr. 0221/7763-6550
Titel Vorname	Name	
Straße/Nr.	PLZ/Ort	
Telefon Nr.	Fax Nr.	
Lebenslange Psychotherapeuten-Nr.	Betriebsstätten Nr. (BSNR)	
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorte	en:	
E-Mail:		
Ich beantrage die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der AOK als		
Gebietsbezeichnung/Fachkunde		
Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung		
 und erfülle die in § 5 des Modulvertra 	ages genannten Voraussetzungen.	
vollständig		noch nicht vollständig
(Die entsprechenden Nachweise liegen d	iem Antrag bei.)	
 Mir sind die Ziele und Inhalte des o. g. Ve von Psychotherapeuten) und 7 (Qualitäts 		ichtigung der Paragraphen 5 (Teilnahme
Ich erkläre, dass ich die KV Nordrhein un nicht mehr erfülle.	verzüglich darüber informieren wei	rde, wenn ich die Qualitätsanforderunger
 3. Ich werde darüber hinaus die Teilnahmeerklärungen von Patien mindestens zweimal pro Jahr an eine teilnehmen. Eine entsprechende Teil die Bestimmungen des Bundesdater beachten. 	em themenbezogenen Qualitätszirk Inahmebescheinigung wird von mir	kel nach § 5 Abs. 3 des Vertrages vorgelegt;
 Gleichfalls bin ich mit der Weitergabe me einverstanden sowie mit der Weitergabe Gleiches gilt für die Veröffentlichung der i 	des Psychotherapeutenverzeichnis	sses an die teilnehmenden Patienten.
Ich verpflichte mich zur Einhaltung aller Regel	lungen des vorgenannten Vertrage	S.
Ort/Datum Unters	schrift	Praxisstempel