

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Verordnung von Psychotherapie**

**WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG**

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

**Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name)  
bekannt ist)

**LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese

\_\_\_\_\_  
(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

\_\_\_\_\_  
(Praxisübernahme von)

\_\_\_\_\_  
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

**Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes

**LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes  
bekannt ist)

**LANR:** \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese

\_\_\_\_\_  
Angestellt im **MVZ**

\_\_\_\_\_  
angestellt seit/ab:

**Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht**

**1. Betriebstätte** \_\_\_\_\_  
(Adresse)  
**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

**2. Betriebstätte** \_\_\_\_\_  
(Adresse)  
**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

### **Voraussetzungen für die Verordnung von Soziotherapie:**

- Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde
- Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen (Kooperationsvereinbarung beifügen)  
(Anm.: Seitens der Kassen bestehen z. Z. Verträge mit GAPSY (AOK) sowie Pro Care (VdAK))

### **Die Verordnung von Soziotherapie beinhaltet:**

- Indikationsstellung
- Kontaktaufnahme mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und Besprechung der Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung
- Abstimmung des soziotherap. Behandlungsplanes in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und Patienten, Kontrolle des Ablaufes und Erfolges  
in folgendem Umfang:
  - mindestens jeden 2. Monat
  - obligat vor und nach den 5 Probestunden
  - vor jeder Folgeverordnung
- ggf. notwendige fachliche Korrekturen des soziotherap. Behandlungsplanes in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer
- bei Abbruch der Soziotherapie Mitteilung an die Krankenkassen durch den Vertragsarzt

Ich habe die o. g. Inhalte zur Verordnung von Soziotherapie zur Kenntnis genommen und werde diese im genannten Umfang erbringen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
(Vertragsarztstempel)

## **Erklärung zum Antrag auf Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie**

Da gem. Soziotherapie-Richtlinien, Kapitel IV. Nr. 15 zusätzlich eine Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig ist, erkläre ich hiermit, mit folgendem soziotherapeutischen Leistungsanbieter gem. der Soziotherapie-Richtlinien zu kooperieren:

\_\_\_\_\_ -  
(Name des Leistungsanbieters)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / Praxisstempel