

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Meldestelle Psych.-Komplexversorgung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Telefon: 089/57093-3364
Fax: 08957093-64937
komplexversorgung@kvb.de

Datum

Änderungsanzeige § 3 Abs. 9 und 10 KSVPsych-RL

Verpflichtung zur Anzeige von Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner an die Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB).

Name des Netzverbundes

Netzverbundnummer (NVN)

Hinweis: Pro Änderung bitte ein gesondertes Anzeigeformular verwenden!

<input type="checkbox"/> Netzmitglied <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____ Fachrichtung: _____ Bezugsarzt/-psychotherapeut: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	Name des KH: _____ ggf. Bezugsarzt/-psychotherapeut Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____ Fachrichtung: _____
<input type="checkbox"/> weiterer Leistungserbringer <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Soziotherapie <input type="checkbox"/> psych. häusl. Krankenpflege Vorname: _____ Name: _____ Praxisanschrift: _____
<input type="checkbox"/> Koordinationspersonal <input type="checkbox"/> hinzugekommen <input type="checkbox"/> ausgeschieden	Vorname: _____ Name: _____

Änderung/Ergänzung des Netzverbund- bzw. Kooperationsvertrags / Zulassungsbescheinigung

Sonstiges/Ergänzungen: _____

Bitte immer auswählen! Mir ist bekannt, dass bei Unterschreiten der Mindestanforderungen für die Bildung eines Netzverbundes die Wiedererfüllung innerhalb von 6 Monaten gegenüber der KVB nachzuweisen ist und bis zum Zeitpunkt der Wiedererfüllung die Versorgung der durch die Netzverbundmitglieder behandelten Patientinnen* durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/r Netzverbund

Von der KVB auszufüllen:

Teilnahme (Name) _____ ab (Beginn Datum) _____

Die Mindestanforderungen werden nicht unterschritten.

Die Mindestanforderungen werden unterschritten. Die Wiedererfüllung ist bis _____ nachzuweisen.

Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Name und Unterschrift KVB