

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/251264](http://www.kv-rlp.de/251264)

## ANZEIGE

### Personalstand/-änderungen im Rahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (SPV)

Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur  
Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und  
Jugendlichen (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen)

#### I. Angaben zum Genehmigungsinhaber

.....  
ggf. Titel Name, Vorname

geb. am

.....  
Lebenslange Arztnummer (LANR), falls bekannt

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Telefon

#### II. SPV-Mitarbeiter gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung

Für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gehören dem Praxisteam aktuell folgende Mitarbeiter an:

##### Heilpädagogen

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

(vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

(vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

**III. SPV-Mitarbeiter gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung (Fortsetzung)**

**Sozialarbeiter**

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

**Sonstige Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung mit kinder- und jungendpsychiatrischer bzw. therapeutischer Zusatzqualifikation:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) (vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit)

**Bitte die entsprechenden Nachweise (Arbeitsvertrag, vertragliche Vereinbarungen, Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnungen bzw. bei sonstigen Mitarbeitern Unterlagen über deren Qualifikation) beifügen.**

#### **IV. Kooperation mit komplementären Berufen**

Ich kooperiere im Bedarfsfall mit folgenden komplementären Berufen gemäß § 3 Abs. 3 der SPV:

##### **Psychologischen Psychotherapeuten**

---

(Name, Anschrift)

---

(Name, Anschrift)

##### **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

---

(Name, Anschrift)

---

(Name, Anschrift)

##### **Sprachtherapeuten (Logopäden)**

---

(Name, Anschrift)

---

(Name, Anschrift)

##### **Ergotherapeuten**

---

(Name, Anschrift)

---

(Name, Anschrift)

##### **Physiotherapeuten**

---

(Name, Anschrift)

---

(Name, Anschrift)

## V. Hinweis

- Der Genehmigungsinhaber ist verpflichtet die KV RLP über alle Änderungen, welche die Erfüllung der in § 3 der SPV genannten Voraussetzungen betreffen, insbesondere personelle Änderungen im Praxisteam (zum Beispiel Personalwechsel, Änderung Stundenkontingente etc.), zu informieren.

Der Unterzeichner versichert die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel des Genehmigungsinhabers