

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/63903

ANZEIGE

Ihrer Teilnahme an der ambulanten Komplexversorgung für Kinder und Jugendliche

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-Richtlinie)

I. Angaben zum Leistungserbringer nach § 4 KJ-KSVPsych-Richtlinie

.....
Name, Vorname

LANR

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

.....
Kontaktangaben (E-Mail)

Telefon

Ich bin

- Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie
- Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- Psychologische/-r Psychotherapeut/-in mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern- und Jugendlichen
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in
- Fachpsychotherapeut/-in für Kinder- und Jugendliche

II. Erklärung

- Ich bestätige, dass die Anforderungen für die Versorgung nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie umgesetzt werden.
- Die Anforderung, dass die nichtärztliche Koordinationsperson über eine fachspezifische Zusatzqualifikation verfügt sowie die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen besitzt, ist erfüllt und kann gegenüber der KV, falls erforderlich, nachgewiesen werden.

II. Erklärung (Fortsetzung)

- Ich versichere, dass die telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen pro Woche von jeweils mindestens 50 Minuten sichergestellt wird. Die Erreichbarkeitszeiten teile ich im Folgenden mit:

Wochentag** (mind. 4 Tage)	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Zeitraumen von/bis**					

**Änderungen sind der KV RLP anzuzeigen.

- Zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme erkläre ich, dass Informationen zu meiner Teilnahme an der KJ-KSVPsych-Richtlinie sowie meine Erreichbarkeitszeiten in einem öffentlichen Verzeichnis der KV RLP bereitgestellt werden dürfen. Sie dürfen ebenso in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals veröffentlicht werden.
- Ich verpflichte mich, der KV RLP unverzüglich mitzuteilen, wenn Voraussetzungen oder Anforderungen nach dieser Richtlinie nicht mehr erfüllt werden.
- Ich teile der KV RLP ebenfalls unverzüglich mit, wenn die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr besteht.

III. Allgemeines

- Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist die Erklärung gegenüber der KV RLP, dass die Anforderungen nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Kontaktangaben zugestimmt wird.
- Für die Versorgung nach dieser Richtlinie wirken mindestens zwei zur vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und eine nichtärztliche koordinierende Person in einem Zentralen Team zusammen. Mindestens eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer des Zentralen Teams muss die Bezugsfunktion übernehmen.
- Die Voraussetzungen des EBM, im speziellen des Abschnitts 37.6 EBM, sind zusätzlich zu beachten.
- Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben dafür Sorge zu tragen, sich mit der Prävention von und der Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen zu erarbeiten.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

Datum

Unterschrift