

Arztstempel:

Änderungsmitteilung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der KV Sachsen

Änderung der Wohnanschrift

Änderung ab: _____

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

Mail-Adresse

Änderung der Praxisdaten

Änderung ab: _____

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

Mail-Adresse

Ergänzung von Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen; Fachkunden und fakultativen Weiterbildungen

Nachweise _____

Voraussetzung für die Ergänzung im Arztregister ist die Vorlage der Urkunde bzw. des Zertifikates im **Original** oder als **amtlich beglaubigte Kopie**, die den Vorgaben gemäß SGB X § 29 entsprechen.

Der Beglaubigungsvermerk erfüllt die Bedingungen des SGB X § 29, wenn

- das Schriftstück genau bezeichnet ist
- eine genaue Übereinstimmung der Ablichtung/Kopie mit der Urschrift bestätigt wird
- die KVS als Behörde für deren Verwendung die Beglaubigung erstellt wurde, bezeichnet ist und
- Ort, Datum, Unterschrift des Mitarbeiters und Dienstsiegel der zur Beglaubigung berechtigten Behörde aufgeführt sind.

Hinweis: Das Einreichen von Unterlagen zu ergänzenden Qualifikationen berechtigt noch nicht in jedem Fall zur Abrechnung entsprechender Leistungen. Hierzu ist ggf. eine Entscheidung des Zulassungsausschusses notwendig.

Änderung der Sprechzeiten

Änderung ab: _____

Bitte füllen Sie je eine Kopie dieser Seite für jeden Leistungsort, an dem Sie Sprechzeiten anbieten, aus.

Leistungsortnummer: _____

Sprechzeiten gemäß §17 Bundesmantelvertrag-Ärzte

Wochentag	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
und nach Vereinbarung [] ja [] nein		

Zeiten telefonischer Erreichbarkeit

Die Angaben sind in Einheiten von Mindestens 25 Minuten zu machen. Bitte beachten Sie, die Zeiten telefonischer Erreichbarkeit bereits in den oben angegebenen Sprechzeiten (gemäß §17 BMV-Ä) enthalten sein müssen.

Wochentag	Vormittag	Nachmittag
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		

Sprechstunden nach § 11 Abs. 13 Psychotherapie-Richtlinie.

Bitte beachten Sie, diese Angaben bereits in den oben angegebenen Sprechzeiten (gemäß §17 BMV-Ä) enthalten sein müssen. Geben Sie zu jeden Zeitraum an, ob es sich um eine offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung („O“) oder um eine Bestellsprechstunde mit vorheriger Terminvereinbarung handelt („B“).

Wochentag	Vormittag	O/B	Nachmittag	O/B
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

Weitere Änderungen bzw. Ergänzungen:

Ort / Datum_____
Unterschrift