



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Antrag auf Abrechnung des Zuschlages für die weiterführende sozialpädiatrische Betreuung von  
Kindern  
(GOP 04356 des EBM)**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung                     | <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt                     |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Arztpraxis |
|  | bei: _____   |

**II. Fachliche Voraussetzungen:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - sozialpädiatrische Qualifikation von mindestens 40 Stunden gem. dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer (Nachweis beifügen) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

oder

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten (auch im Rahmen der Weiterbildungszeit) in einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. in einer interdisziplinären Frühförderstelle (Nachweis beifügen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

### **III. Kooperationspartner:**

Mit den folgenden Kooperationspartnern arbeite ich im Rahmen der sozialpädiatrischen Betreuung zusammen: (die Kooperationspartner sind namentlich zu benennen)

- Logopäden \_\_\_\_\_
- Physiotherapeuten \_\_\_\_\_
- Ergotherapeuten \_\_\_\_\_
- Facharzt für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie \_\_\_\_\_
- Sozialpädiatrisches Zentrum \_\_\_\_\_

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des Antragstellers</b>	<b>Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers</b>
--------------	--	---

#### **Hinweis:**

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.