

Sparten Anerkennung „Delegierte Psychotherapie“ in der Arztpraxis (Leistungen gemäss TARMED-Kapitel 02.03)

Selbstdeklarationsbogen für die Arztpraxis

Delegierender Arzt / delegierende Ärztin:

Name / Vorname:

Praxisadresse:

PLZ / Ort:

E-Mail Adresse:

Tel. Arztpraxis

GLN-Nummer (EAN):

FMH-Nummer (FMH-Mitgliedern):

ZSR-Nummer:

Hiermit bestätige ich, dass:

- Ich die Qualitative Dignität (Facharzttitle / Fähigkeitsausweis) besitze:
(zutreffendes ankreuzen):
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie -Psychotherapie
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Fähigkeitsausweis "Delegierte Psychotherapie"
- Dass die ausführenden TherapeutInnen in meiner Praxis angestellt sind und ihre Tätigkeit in den Räumlichkeiten der oben angegebenen Praxis ausüben.
- Dass die ausführenden TherapeutInnen die Ausbildungskriterien respektive die entsprechenden Bedingungen der Übergangsregelung erfüllen (siehe folgende Seite).

Datum:.....

Unterschrift:.....

Sämtliche Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung und weitere Informationen finden Sie im aktuell gültigen Spartenkonzept, Beilage G: „Anerkennung“ Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis.