TARMED Suisse

FMH

PaKoDig

TARMED Anerkennung

Stammdaten (bitte in Blockschrift)

Institution

Adresse

PLZ/Ort

Telefon-Nr. / Fax-Nr.

E-Mail Adresse

ZSR-Nummer / EAN-Nummer

Befindet sich ihre Institution auf einer anerkannten Spitalliste? Ja ☐ Nein ☐

Verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt

FMH-Mitglieder-Nr.

Telefon-Nr.

E-Mail Adresse

Nichtärztliche ambulante Betreuung in der Psychiatrie (02.04)

- Verfügen Sie über einen öffentlichen Leistungsauftrag zur ambulanten psychiatrischen Versorgung? Ja ☐ Nein ☐

Erfüllt Ihre Institution in Bezug auf die Nichtärztliche ambulante Betreuung folgende Anforderungen?:

- Der leitende Arzt verfügt über die qualitative Dignität "Kinder- & Jugendpsychiatrie/Psychotherapie" oder "Psychiatrie & Psychotherapie" Ja ☐ Nein ☐

- Mögliche ausführende Personen sind nachstehend aufgelistet. Beschäftigen Sie in Ihrer Institution entsprechende Personen? Wenn ja, bitte entsprechende Anzahl vermerken.

	Anzahl
Psychiatrieschwestern/Pfleger	
Sozialpädagogen	
Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung	
Dipl. Psychologen	
Dipl. Psychologen mit eidgenöss. Weiterbildungstitel für Psychotherapie	
Weiteres therapeutisch tätiges nicht-ärztliches Personal mit adäquater Ausbildung:	
_____	
_____	

- Bemerkungen:

Rechtsgültige Unterschrift des verantwortl. Arztes zur Bestätigung aller Angaben der Spartenanerkennung:

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift