

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

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

### Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung neuropsychologischer Diagnostik und Therapie gemäß Anlage 1 Nr. 19 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Neuropsychologische Therapie)

<b>Allgemeine Hinweise</b>	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>		
<b>Leistungen</b>	30930, 30931, 30932, 30933, 30934 und 30935 EBM		
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<b>Anforderungen gemäß § 6 Abs. 2:</b>  Ich nehme als Facharzt für _____ an der vertragsärztlichen Versorgung teil.  <b>oder</b> Ich nehme als ärztlicher Psychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut an der vertragsärztlichen Versorgung teil und verfüge über die fachliche Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie  <b>und</b> Ich verfüge über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer. <b>-bitte beifügen-</b>	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	Ich erkläre, die Regelungen zur Leistungserbringung wie Indikation und Qualitätsanforderungen der Anlage 1 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zur Kenntnis genommen zu haben und diese anzuerkennen.	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt