

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung

Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/>	für meinen angestellten Arzt ¹ <input type="checkbox"/>
Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)	Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:
Vorname: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Zuname: <input type="text"/>	Zuname: <input type="text"/>
Praxisanschrift	Privatanschrift
PLZ, Ort: <input type="text"/>	PLZ, Ort: <input type="text"/>
Straße: <input type="text"/>	Straße: <input type="text"/>
LANR: <input type="text"/>	LANR: <input type="text"/>
☎ <input type="text"/>	☎ <input type="text"/>
☎ <input type="text"/>	☎ <input type="text"/>
@ <input type="text"/>	@ <input type="text"/>

Tätig in:	Zulassung <input type="checkbox"/>	ab dem: <input type="text"/>
	Anstellung <input type="checkbox"/>	
	Ermächtigung <input type="checkbox"/>	

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Beantragte Leistungen	35100 und 35110 EBM		
Fachliche Voraussetzungen	<p>☞ Eine mindestens 3jährige Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit</p> <p>und</p> <p>☞ Kenntnisse und Erfahrungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung:</p> <p>1.) Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren erworben wurden.</p> <p>2.) Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (d. h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr</p> <p>und</p> <p>3.) Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer.</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allgemeine Hinweise	<p>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</p> <p>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</p>		
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <p>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</p> <p>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</p> <p>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</p> <p>☛ Arbeitszeugnisse</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Psychotherapie-Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt

