

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 Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gemäß Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä)

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 		
Leistungen	Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppenbehandlung Analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung Analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung Verhaltenstherapie als Gruppenbehandlung		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Übende und suggestive Techniken Autogenes Training Relaxationsbehandlung nach Jacobson Hypnose		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		

Fachliche Voraussetzungen	Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 7 Abs. 1-3 Die Fachkunde gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen im jeweiligen Richtlinienverfahren wurde nachgewiesen <input type="checkbox"/> Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 7 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung über den Nachweis einer Gruppenqualifikation -bitte beifügen-
	Übende und suggestive Techniken gemäß § 7 Abs. 5 Nachweis des Erwerbs eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Techniken im Rahmen des Fachkundenachweises -bitte beifügen- oder Nachweise über die erfolgreiche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils acht Doppelstunden im Abstand von mindestens sechs Monaten in den jeweiligen Techniken -bitte beifügen-
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	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: <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse
Zustimmung	Ich bestätige, die Psychotherapie-Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben. <input type="checkbox"/>
	Ich bestätige, die Zeiten meiner telefonischen persönlichen Erreichbarkeit zur Terminkoordination gemäß § 1 Abs. 8 der Psychotherapie-Richtlinie zeitnah nach Aufnahme der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit im eKVSH-Portal zu hinterlegen. <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