

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 ärztlicher Psychotherapeut gemäß Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä)

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <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. 	
<p>Leistungen</p>	<p>Psychotherapie bei Erwachsenen</p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Verhaltenstherapie als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Systemische Therapie als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Systemische Therapie als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/></p>	
	<p>Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/></p>	

	Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung	<input type="checkbox"/>
	Verhaltenstherapie als Gruppenbehandlung	<input type="checkbox"/>
	Übende und suggestive Techniken	
	Autogenes Training	<input type="checkbox"/>
	Relaxationsbehandlung nach Jacobson	<input type="checkbox"/>
	Hypnose	<input type="checkbox"/>
	EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:	
	(N)BSNR:	
Fachliche Voraussetzungen	Psychotherapie bei Erwachsenen gemäß § 5 Abs. 1-3 und 9	
	<u>Gebietsbezeichnung</u>	
	Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/>
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
	<u>Zusatzbezeichnung</u>	
	Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
	Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>
	Weiterbildungszeugnisse, aus denen hervorgeht, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet des beantragten Richtlinienverfahrens erworben wurden -bitte beifügen-	
	Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 5 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarung über den Nachweis einer Gruppenqualifikation -bitte beifügen-	
	Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 5 Abs. 4	
	<u>Gebietsbezeichnung</u>	
	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>
	Weiterbildungszeugnisse, aus denen hervorgeht, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet des beantragten Richtlinienverfahrens erworben wurden -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>
	oder	
	<u>Gebietsbezeichnung</u>	
	Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/>
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>

	<u>Zusatzbezeichnung</u> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychoanalyse <input type="checkbox"/> Zeugnisse und Bescheinigungen einer Gruppenqualifikation gemäß § 5 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarung -bitte beifügen-	
	Übende und suggestive Techniken gemäß § 5 Abs. 7 Weiterbildungszeugnisse, aus denen sich ergibt, dass eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Techniken im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden -bitte beifügen- oder Nachweise über die erforderliche Teilnahme an zwei Kursen von jeweils acht Doppelstunden im Abstand von mindestens sechs Monaten in den jeweiligen Techniken -bitte beifügen-	
	EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie Nachweise über eine EMDR-Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 8 der Psychotherapie-Vereinbarung -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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Ich bestätige, die Psychotherapie-Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben. Ich bestätige, die Zeiten meiner telefonischen persönlichen Erreichbarkeit zur Terminkoordination gemäß § 1 Abs. 8 der Psychotherapie-Richtlinie zeitnah nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit im eKVSH-Portal zu hinterlegen.	<input type="checkbox"/> <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