

**Antrag auf Genehmigung:**

**Psychotherapie und/oder Psychosomatische Grundversorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)**

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

(Name der Person<sup>1</sup>, die die Leistungen erbringen soll)

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

**oder**

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

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

**Hinweise**

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

**Einverständnis zur Datenübermittlung**

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer/Psychotherapeutenkammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

**Betriebsstätten**

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

**Fachliche Voraussetzungen\* -bitte beifügen-**

Berufsgruppe

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fachärzte                                 | <input type="checkbox"/> Fachpsychotherapeuten            |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | <input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeuten |

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

- Die fachlichen Voraussetzungen unterscheiden sich nach den oben genannten Berufsgruppen und sind den jeweiligen Merkblättern im Downloadbereich unter [KVSH - Psychotherapie](#) zu entnehmen.

Beantragung gemäß § 22 der geltenden Psychotherapie-Vereinbarung (Übergangsvorschriften)

## Leistungen

Psychotherapie	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
a. Verhaltenstherapie - Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie - Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Analytische Psychotherapie - Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytische Psychotherapie - Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Systemische Therapie - Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie - Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hinweis:</b> Die Zeiten der telefonischen persönlichen Erreichbarkeit zur Terminkoordination gemäß § 1 Abs. 8 der Psychotherapie-Richtlinie sind zeitnah nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit im eKVSH-Portal zu hinterlegen.		
<b>EMDR</b>		
als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen	<input type="checkbox"/>	
<b>Übende Verfahren</b>		
<input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson <input type="checkbox"/> Hypnose		
<b>Psychosomatische Grundversorgung</b>		
<input type="checkbox"/> Nur für Ärzte: Beantragung der Psychosomatischen Grundversorgung		

## Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person