

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Psychotherapie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen

Rechtsgrundlage: Die derzeit gültige Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

*Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Bianca Knaus
Anna Sophie Zebi
Merhawi Tewolde
Elena Schleining
Tel 069 24741-7216
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.9@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname *, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift * _____

 * _____  _____  * _____

Geburtsdatum *: _____ Datum der Approbation: _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt / PP / KJP / FP in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt / PP / KJP / FP

in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes / PP / KJP / FP

in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt / PP / KJP / FP _____ BSNR _____
Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes / PP / KJP / FP **oder**
des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes / PP / KJP / FP

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort: _____
_____ BSNR: _____

 _____  _____  _____

Anschrift Standort: _____
_____ BSNR: _____

 _____  _____  _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für Angestellte sind auch von den Anstellenden bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Beantragte Leistungen * Erwachsene Kinder/Jugendliche**Psychotherapie Einzel**

	Arzt	PP	KJP	FP
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychotherapie Gruppe

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übende und suggestive Interventionen

Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jacobson'sche Relaxationstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) im Richtlinien-Verfahren:

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte fügen Sie dem Antrag die erforderlichen Qualifikationsnachweise gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung bei. Senden Sie uns bitte keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

