

**Qualitätssicherung**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt  
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerin: Geneviève Bebronne  
Tel.: 069 79502-742 • Fax: 069 79502-208  
E-Mail: QS.Psychotherapie@kvhessen.de

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

## Psychotherapie

### Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen

#### Allgemeine Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Anschrift (Praxis / MVZ / Klinik) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

#### Falls eine Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht ausgesprochen wurde:

**Vertragsärztliche Zulassung / Ermächtigung** beantragt am \_\_\_\_\_  
als Ärztin/Arzt für \_\_\_\_\_ voraussichtlicher Beginn am \_\_\_\_\_  
Anschrift / Ort der geplanten Tätigkeit \_\_\_\_\_

Gemeinschaftspraxis (BAG)

Praxisgemeinschaft

MVZ

geplant mit \_\_\_\_\_

**Anstellung in Praxis / MVZ / Klinik** zur Teilnahme beantragt am \_\_\_\_\_  
als Ärztin/Arzt für \_\_\_\_\_ voraussichtlicher Beginn am \_\_\_\_\_  
Anschrift (Praxis / MVZ / Klinik) \_\_\_\_\_

#### Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?

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

zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Beantragtes Leistungsspektrum für:** Erwachsenen Kinder/Jugendliche**Psychotherapie Einzel**

	<b>Arzt</b>	<b>PP</b>	<b>KJP</b>
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"/>

**Psychotherapie Gruppe**

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"/>

**Übende und suggestive Verfahren**

Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jacobsonsche Relaxationstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vorzulegende Nachweise:**Bescheinigung(en) in Kopie liegen bei \_\_\_\_\_ Zeugnis(se) in Kopie liegen bei \_\_\_\_\_ 

Grundlage für die Erteilung der Abrechnungsgenehmigung für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind die Anforderungen an die fachliche Befähigung gemäß §§ 5, 6, oder 7 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), in der Fassung vom 7. Dezember 1998, zuletzt geändert am 30. Oktober 2007.

**Hinweis**

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

**Erklärungen**

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes