



Antrag auf Förderung der Fortbildung Gruppenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

1. Antragsteller

Name, Vorname _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) _____

Anschrift _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

2. Finanzielle Förderung der Fortbildung

- Mitteilung über die Dauer der Fortbildung:

vom: _____ bis: _____

- Kosten der Fortbildung: _____

3. Gruppenpsychotherapie

- Gruppenpsychotherapie für Kinder- und Jugendliche
- Gruppenpsychotherapie für Erwachsene
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

4. Psychotherapie-Richtlinienverfahren

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

5. Einzuzureichende Nachweise

- Bestätigung der Anmeldung der Fortbildung an einer anerkannten oder über eine anerkannte Ausbildungsstätte gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz

Wir bitten die o.g. Felder vollständig auszufüllen, da nur so eine abschließende Antragsbearbeitung möglich ist.



Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Abteilung Qualitätsförderung
Förderung Weiterbildung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
Tel: 069 24741-7050
Fax: 069 24741-68843
E-Mail: foerderung.therapeuten@kvhessen.de

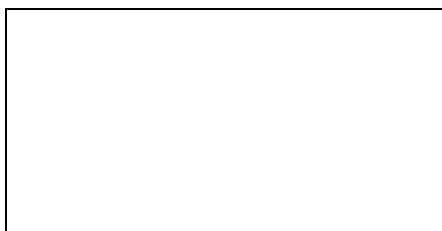
Bitte beachten Sie, dass...

- ...die Förderung ein einmaliger Zuschuss in Höhe der tatsächlich entstandenen Fortbildungskosten, jedoch begrenzt auf maximal 3.000 €, ist**
- ...die Auszahlung nach Abschluss der Fortbildung erfolgt**
- ...Voraussetzung für die Auszahlung des Förderbetrages ist die Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Gruppenpsychotherapie oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie der Nachweis der abgeschlossenen Fortbildung und ein Nachweis über die tatsächlich entstandenen Fortbildungskosten ist**
- ...eine rückwirkende Einreichung des Fortbildungsnachweises, später als drei Monate nach Abschluss der Fortbildung, nicht möglich ist**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Praxisstempel