



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 423, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von
Leistungen der übenden und/ oder suggestiven Interventionen
(EBM-Nrn. 35111 bis 35113 und 35120)**

gemäß § 5 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung vom 01.01.1999

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung

**der „übenden und/ oder suggestiven Interventionen
(EBM-Nrn. 35111 bis 35113 und 35120)“**

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen der übenden und/oder suggestiven Interventionen zu erbringen?

Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.)

Nein

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1.

Anschrift,

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nebenbetriebsstättennummer

2.

Anschrift,

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nebenbetriebsstättennummer

3.

Anschrift,

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nebenbetriebsstättennummer

Qualifikation

1. Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsarztanerkennung:*

.....

* Für Ärzte, die im Gebiet *Neurologie und Psychiatrie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugelassen sind oder die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse* führen, ist *kein* gesonderter Antrag erforderlich. Sie erhalten eine automatische Berechtigung, wenn sie die Zusatzbezeichnung im Arztregister nachgewiesen haben.

2. Nachweise über

- zwei Kurse von jeweils 8 Doppelstunden im Abstand
- von mindestens sechs Monaten in den folgenden Techniken

übender Techniken

(PMR, autogenes Training)

suggestiver Techniken

(Hypnose)

oder



3. Nachweis über

den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den
übenden und suggestiven Techniken im Rahmen der
tiefenpsychologisch fundierten und analytischen oder
verhaltenstherapeutischen Weiterbildung



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung