

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Praxisstempel

Tel.: 030 / 31 003-376
Fax: 030 / 31 003-50730

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen

gemäß § 7 Abs. 1 - 4 der Psychotherapie-Vereinbarung vom 01.04.2017

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten KJP

(Name des KJP)

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener KJP in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Angestellter KJP in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |

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

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(Leistungserbringer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

**und zusätzlich bei Antrag gemäß Zusatzqualifikation nach § 7 Abs. 4
für Gruppenpsychotherapien:**

Nachweise - erworben an oder über anerkannte Ausbildungsstätten - über
eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Gruppen-Psychotherapie
der psychoanalytisch begründeten Verfahren oder der Verhaltenstherapie

mindestens 40 DStd. analytische oder tiefenpsychologisch fundierte bzw.
verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung in der Gruppe

und
mindestens 24 DStd. eingehende Kenntnisse in der Theorie
der Gruppen-Psychotherapie

und
mindestens 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlungen mit tiefenpsychologisch
fundierter oder analytischer Psychotherapie oder mit Verhaltenstherapie

unter Supervision von mindesten 40 Stunden

Hinweis:

*Um eine schnellstmögliche Bearbeitung zu gewährleisten, fügen Sie dem Antrag bitte die
Approbationsurkunde, das Zeugnis der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte, den Nachweis über die
bestandene staatliche Prüfung, ausgestellt vom zuständigen Landesamt, und/oder ggf. Nachweise über
den Erwerb der Zusatzqualifikation Gruppenpsychotherapie in Fotokopie bei.*

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.

Ort, Datum

Unterschrift+ Stempel

Unterschrift Leiter der Einrichtung