Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung

A N T R A G
zur Ausführung der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie
Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____ ☐

Psychologischer Psychotherapeut (PPT): _____ ☐

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP): _____ ☐

Fachpsychotherapeut: _____ ☐

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

☐ Eigener Niederlassung

☐ Ermächtigter Arzt

☐ Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

☐ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender Nebenbetriebsstätte erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als eine Nebenbetriebsstätte):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

_____

(Adresse)

II. Beantragte Leistungen

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der

neuropsychologischen Diagnostik (gem. § 5 Abs. 3) und
neuropsychologischen Therapie (gem. § 7) ☐

III. Fachliche Anforderungen

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Neurologie“

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Nervenheilkunde“

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Psychiatrie“

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Kinder und Jugendmedizin/SP Neuropädiatrie“

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Neurochirurgie“

☐ Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“

☐ ärztlicher Psychotherapeut mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie

☐ Psychologischer Psychotherapeut mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie

☐ Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie

und

☐ Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

oder

☐ inhaltsgleiche oder gleichwertige Nachweise über die Inhalte der neuropsychologischen Zusatzqualifikation entsprechend der Weiterbildungsordnung inhaltsgleich mit der Zusatzbezeichnung der Landespsychotherapeutenkammer oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am

.....erhalten.

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

V. Einverständniserklärung

Zur Durchführung von Stichprobenprüfungen im Einzelfall gelten die Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung).

Im Interesse der weiteren Qualitätssicherung der ambulanten Leistungen erteile ich mit Unterzeichnung dieses Antrages mein Einverständnis zur Durchführung der Stichprobenprüfung nach § 136 Abs. 2 SGB V.

_____	_____	_____
Datum	**Unterschrift des Antragstellers**	**Im Falle der Anstellung:** **Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ** **bzw. Unterschrift des Praxisinhabers**

Hinweis:
Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.
Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: **qs@kvbb.de.**