



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

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
auf Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Verfahren

Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Titel/Name: _____ Vorname: _____

LANR _____

FA für _____

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Fachpsychotherapeut

Praxisanschrift _____

Tätigkeit in / als:

- Eigener Niederlassung
 Angestellter in einer Einrichtung/im MVZ

- Ermächtigter
 Angestellter in einer Praxis

bei: _____

Die beantragten Verfahren werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht. Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von

- tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie**
- Einzelbehandlung und/oder Gruppenbehandlung
bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen
- analytischer Psychotherapie**
- Einzelbehandlung und/oder Gruppenbehandlung
bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen
- Verhaltenstherapie**
- Einzelbehandlung und/oder Gruppenbehandlung
bei Erwachsenen und/oder Kindern und Jugendlichen
- Systemischer Therapie**
- Einzelbehandlung und/oder Gruppenbehandlung
bei Erwachsenen
- EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)
übender und suggestiver Interventionen**
- Autogenes Training
 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
 Hypnose

Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung

 **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen dem Antrag in Kopie bei.**

Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV am erhalten.
Eine Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Kontaktadresse bei Nachfragen zum Antrag: qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich damit einverstanden, dass mein Name ja
an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird. nein

Datum

Unterschrift des Antragstellers:
Praxisinhaber bzw.
Anstellung ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

Unterschrift Angestellter
im Falle der

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.