

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich QualitätssicherungPostfach 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

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

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:

Unterschrift ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ bzw.

Unterschrift Praxisinhaber

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden.

Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.