



**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**
- bei **Erwachsenen**      und/oder       **Gruppenbehandlung**
- analytischer Psychotherapie**
- bei **Erwachsenen**      und/oder       **Gruppenbehandlung**
- Verhaltenstherapie**
- bei **Erwachsenen**      und/oder       **Gruppenbehandlung**
- Systemischer Therapie**
- bei **Erwachsenen**      und/oder       **Gruppenbehandlung**
- 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](mailto: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.