



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

☐ Ermächtigter

☐ Angestellter in einer Einrichtung/im MVZ

☐ 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

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

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.