



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**ANTRAG**  
**auf Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Verfahren**

**Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Titel/Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_

FA für \_\_\_\_\_

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

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**

- 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
  - Relaxationsbehandlung 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)

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.  
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

**Unterschrift Angestellter**  
im Falle der Anstellung

**Hinweis:**

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