



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Verordnung von Psychotherapie gem. Psychotherapie-Richtlinien**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
LANR: \_\_\_\_\_  
FA für: \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

- Eigener Niederlassung
- Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ
- Angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei: \_\_\_\_\_
- Angestellter Arzt in einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V  
Ermächtigtes Institut: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
BSNR: \_\_\_\_\_

Der für das o. g. Institut qualifizierte Arzt ist unter Punkt I anzugeben und hat die Qualifikationsnachweise entsprechend den Richtlinien dem Antrag beizufügen.

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 4 der Soziotherapie-Richtlinie

1. Berechtigung zur Führen einer FA-Bezeichnung im Gebiet
- Neurologie,
  - Nervenheilkunde
  - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
  - Psychiatrie und Psychotherapie
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- oder**
2. Fachärztinnen oder Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie
- oder**
3. Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut
- oder**
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*in/

## III. Erklärungen gemäß § 4 der Richtlinie

1. Ich erkläre, dass ich mit folgendem gemeindepsychiatrischen Verbund oder folgender vergleichbaren Versorgungsstruktur kooperiere:
- \_\_\_\_\_
- (Bezeichnung / Name des Landkreises)*
2. Ich bin in der Lage, die Indikation für Soziotherapie zu stellen (einschl. der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird), kann deren Ablauf kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Behandlungsplan vornehmen.

## IV. Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV \_\_\_\_\_.

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 Arzt**

im Falle der Anstellung

### **Hinweis:**

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