



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-376  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der übenden und/oder suggestiven Interventionen**

gemäß § 7 Psychotherapie-Vereinbarung

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Vertretungsberechtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG
<input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik
	<input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



### Leistung

- GOP 35111-35113 EBM - übende Interventionen (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson)
- GOP 35120 EBM - suggestive Interventionen (Hypnose)

### Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum/Zweigpraxis

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden fachlichen Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

### Fachliche Nachweise gemäß § 7 Psychotherapie-Vereinbarung

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

**und**

Nachweis über eine vertiefte Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, in der Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie gemäß § 95c SGB V

**und**

Nachweis über den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in diesen Techniken im Rahmen des o.g. Fachkundenachweises

**oder**

Nachweis über jeweils zwei Kurse à 8 Doppelstunden im Abstand von mindestens sechs Monaten für die übenden Techniken (PMR, autogenes Training) und/oder die suggestiven Techniken (Hypnose)



## **VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE**

Es wird versichert, dass den rechtlichen Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der Psychotherapie-Vereinbarung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Berlin, den

---

Stempel / Unterschrift

---

Unterschrift Leiter der Einrichtung