

Arztstempel
-------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Verordnung der Psychotherapie

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei

### **Fachliche Qualifikation**

Ich bin Facharzt für

- Nervenheilkunde
- Neurologie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Ich bin

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Wir sind eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

### **Rechtlicher Hintergrund**

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie  
Einheitlicher Bewertungsmaßstab – Kapitel 30.8 Soziotherapie

### **Gebühren**

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel