

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

### **Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei Anstellung bei einem Psychotherapeuten**

**Allgemeine Hinweise:**

Im Zuge einer Zulassung als Psychotherapeut bei einem Psychotherapeuten / bei einer BAG / in einem MVZ können alle bisherigen Genehmigungen, die von der KV Hamburg erteilt wurden, übernommen werden. Die betreffenden Leistungen müssen lediglich auf dem Formular angekreuzt und der KV Hamburg rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit übermittelt werden. Die Übernahme der bisherigen Genehmigungen ist ausgeschlossen, wenn sich zwischenzeitlich die Genehmigungsvoraussetzungen geändert haben, das Zulassungsfachgebiet oder die Versorgungsebene (hausärztlich/fachärztlich) gewechselt wird. Leistungen, für die noch keine Genehmigungen erteilt wurden, können mit diesem Formular nicht beantragt werden. Hierfür sind die entsprechenden Antragsformulare unter: [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → -Formulare zu finden.

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

**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

**[www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → Formulare**

## Folgende genehmigungspflichtige Leistungen sollen übernommen werden:

(Für diese Leistungen müssen **keine** weiteren Nachweise eingereicht werden).

Richtlinienverfahren	Einzeltherapie	Gruppentherapie
Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie - Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie - Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>EMDR</b> (für das jeweilige Richtlinienverfahren)		
<input type="checkbox"/> <b>Soziotherapie</b>		

### Hinweise

- ➔ Genehmigungspflichtige Leistungen dürfen erst ausgeführt und abgerechnet werden, wenn die KV Hamburg entsprechende schriftliche Genehmigungen dazu erteilt hat. Leistungen, die vor dem Erhalt einer Genehmigung erbracht werden, können nicht vergütet werden.
- ➔ Die Genehmigungen werden arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt. Sollen genehmigungspflichtige Leistungen in Zweigpraxen und/oder Nebenbetriebsstätten erbracht werden, muss diese Tätigkeit vom Arztregister der KV Hamburg genehmigt worden sein.

### Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung).

### Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers

Name in Druckbuchstaben

**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 Unterschriftsbevollmächtigten. 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.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

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