

|                           |
|---------------------------|
| Arztstempel/Praxisstempel |
|---------------------------|

## Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei einer Zulassung als Psychotherapeut

### Allgemeine Hinweise:

Im Zuge einer Zulassung als Psychotherapeut 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 Anstellungsfachgebiet 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.

Antragssteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt.

Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.

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

### Antragsteller

Name vom Psychotherapeut

|  |
|--|
|  |
|--|

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).

| Richtlinien Verfahren   | Einzeltherapie           | Gruppentherapie          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Analytische Psychotherapie bei Erwachsene                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychpöggisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiefenpsychpöggisch 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"/> EMDR (für das jeweilige Richtlinienverfahren)    |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Soziotherapie                                    |                          |                          |

### Hinweise

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass Leistungen die in Zweigpraxen und/oder Nebenbetriebsstätten erbracht werden, diese Tätigkeit vom Arztregister der KV Hamburg genehmigt worden sein.
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

### 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 gem. 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 Antragssteller**

---

**Name in Druckbuchstaben**