

Arztstempel Praxisstempel
------------------------------

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

### 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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 genehmigungspflichtigen 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"/>
Tiefenpsychpöpgisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychpöpgisch 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**

**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.

<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