

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Genehmigung zur Durchführung von Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode** im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung

Hinweis: Dieses Formular gilt nur für Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits über eine Genehmigung für Verhaltenstherapie bzw. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bzw. analytische Psychotherapie als Einzelbehandlung bei Erwachsenen verfügen. Ärzte und Psychotherapeuten, die noch nicht über diese Genehmigungen verfügen, verwenden bitte die Formulare „Genehmigungsantrag Ärztliche Psychotherapeuten“ bzw. „Genehmigungsantrag Psychologische Psychotherapeuten“

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt/ Psychotherapeut ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt/ Psychotherapeut der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt/Psychotherapeut der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Geburtsdatum** _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Arzt/ Therapeut seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin ermächtigter Arzt/ Psychotherapeut seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich habe eine Sonderbedarfszulassung beantragt


Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt/ Psychotherapeut) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Kopie dem Antrag beizulegen.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Psychotherapeut / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt/ Psychotherapeuten zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt/
Psychotherapeut 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
Bescheinigungen/Nachweise je nach Grund der Antragstellung, siehe unter Punkt 2. Fachliche Voraussetzung	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten und –psychotherapeuten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten und Psychotherapeuten im MVZ zu. Der Arzt/ Psychotherapeut, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Hinweis zu Punkt 2

Eine Genehmigung zur Durchführung von Leistungen der Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung bei Erwachsenen oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als Einzelbehandlung bei Erwachsenen oder analytischen Psychotherapie als Einzelbehandlung bei Erwachsenen muss bereits vorliegen.

Die Genehmigung wird für die Durchführung der Methode EMDR in dem bereits genehmigten Richtlinienverfahren erteilt.

Die Zusatzqualifikationen EMDR müssen an oder über anerkannte Weiterbildungs- bzw. Ausbildungsstätten erworben worden sein.

Die folgenden Rechtsgrundlagen können Sie bei Bedarf unter nachfolgenden Links abrufen:

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte – ZV:
<http://www.kvb.de/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/grundlagen/>.

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung
<http://www.kbv.de/rechtsquellen/2308.html>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.