

Ansprechpartner: Anika Gilbrich
Rück-FAX: 0385.7431.66.249
Rück-Mail an: agilbrich@kvmv.de

Bitte zurücksenden an

Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
PSF 160145
19091 Schwerin



Stempel bzw. Name/Adresse/☎

Auszufüllen ausschließlich NACH positiver Entscheidung des Zulassungsausschusses!

**Antrag
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung**

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung folgender psychotherapeutischer Leistungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> für Erwachsene | <input type="checkbox"/> für Erwachsene |
| <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche | <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung | <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung |
| <input type="checkbox"/> als Gruppenbehandlung | <input type="checkbox"/> als Gruppenbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> übende und suggestive Techniken |
| <input type="checkbox"/> für Erwachsene | <input type="checkbox"/> Autogenes Training |
| <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche | <input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation |
| <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> als Gruppenbehandlung | |
| <input type="checkbox"/> Systemische Therapie bei Erwachsenen | <input type="checkbox"/> EMDR |
| <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie |
| <input type="checkbox"/> als Gruppenbehandlung | <input type="checkbox"/> Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung |

Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 5 der Psychotherapievereinbarung füge ich als Anlage bei.
 habe ich dem Antrag auf Zulassung / Ermächtigung beigelegt.

Datum/Unterschrift
angestellter Arzt

Datum/Unterschrift
Praxisinhaber / MVZ