

Rück-FAX: 0385.7431.66.249
E-Mail: agilbrich@kvmv.de

Bitte zurücksenden an

**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Anika Gilbrich
PF 160145**

19091 Schwerin



Stempel bzw. Name/Adresse

Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Psychosomatischen Grundversorgung (gemäß der Psychotherapievereinbarung § 5 Abs. 6)

ich lege bei:

- 1. **Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer**, in denen Kenntnisse zur Theorie der Arzt-Patient-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre und der Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapie-Verfahren erworben wurden,

- 2. Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (d. h. **bei Balint-Gruppen mindestens 15 Doppelstunden**) in **regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr**

und

- 3. Vermittlung und Einübung **verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer.**

Die Kenntnisse und Erfahrungen müssen in anerkannten Weiterbildungsangeboten und die Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung bei anerkannten Balint-Gruppenleitern bzw. anerkannten Supervisoren erworben worden sein

- Ich bin FA/FÄ für Allgemeinmedizin und habe meine Facharztausbildung laut WBO (Weiterbildungsordnung) vom bei der ÄKabsolviert.

Datum/Unterschrift
angestellter Arzt

Datum/Unterschrift
Praxisinhaber/MVZ