

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen der Neuropsychologischen Therapie**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

- Psychologische/r Psychotherapeut/in
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Niedergelassene Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten:

- Ich bin niedergelassen.
 Die Niederlassung ist geplant ab: _____
 Ich übernehme die Praxis von: _____
ab: _____.

**Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
 Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____
ab: _____
 Ich bin in einem MVZ tätig.
 Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____
ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
 Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Neuropsychologischen Therapie nach Anlage I Nr. 19 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

1. Diagnostik Stufe 1

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Nervenheilkunde
- Neurochirurgie
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

2. Diagnostik Stufe 2 und Therapie

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- einer der vorgenannten Facharztbezeichnungen (Diagnostik Stufe 1) **oder**
- Psychologischer Psychotherapeut **oder**
- Ärztlicher Psychotherapeut **oder**
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

jeweils mit dem Nachweis einer neuropsychologischen Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes/ Psychotherapeuten

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes/ Vertragspsychotherapeuten

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt/ Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner und Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes/ Psychotherapeuten, der die Leistungen erbringen möchte