

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Niedergelassene Vertragsärzte/Vertragstherapeuten:

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

Angestellte Ärzte/Therapeuten/ 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/Therapeuten:

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

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Maßnahmen der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Psychotherapiemethode für posttraumatische Belastungsstörungen bei Erwachsenen im Rahmen einer Einzeltherapie und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit Zusatzbezeichnung
- Psychotherapie oder
- Psychoanalyse

oder

Ich bin

- Psychologische/r Psychotherapeut/in oder
- Fachpsychotherapeut/in mit der Gebietsbezeichnung Psychotherapie für Erwachsene

und

führe den Nachweis der fachlichen Voraussetzungen durch folgende Nachweise

- Aus- oder Weiterbildungszeugnisse, die belegen, dass eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR als Psychotherapiemethode für posttraumatische Belastungsstörungen bei Erwachsenen als Einzeltherapie, einschließlich der eigenständigen Anwendung der EMDR in Patientenbehandlungen, erworben wurden

oder

- Nachweis einer Zusatzqualifikation in EMDR, die an oder über zugelassene Weiterbildungsstätten oder Ausbildungsstätten nach § 28 Psychotherapeutengesetz erworben wurde
 - Nachweis von mindestens 40 Stunden Theorie der Traumabehandlung und EMDR und
 - Nachweis von mindestens 40 Therapieeinheiten Traumabehandlungen in Einzeltherapie, in denen EMDR im Rahmen von mindestens 5 abgeschlossenen Behandlungsabschnitten angewendet wurde und
 - Nachweis von mindestens 10 Stunden Supervision dieser Patientenbehandlungen
- Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Psychotherapie-Vereinbarung, Psychotherapie-Richtlinie 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/vertragspsychotherapeutischen Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes/Vertragstherapeuten (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes/Therapeuten

Ort, Datum, BSNR

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

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 Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes/Therapeuten, der die Leistungen erbringen möchte