

Antrag
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von EMDR
als Methode der Therapie Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen

Name _____

Praxisanschrift
Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

- Ärztliche/r Psychotherapeut/in
 Psychologische/r Psychotherapeut/in

Richtlinien-Verfahren: _____

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/Psychotherapeuten:

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

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von EMDR als Methode der Therapie Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Anlage 1 der Richtlinien Psychotherapie über die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie- Richtlinien).

Fachliche Voraussetzungen

gemäß § 5 Abs. 8, § 6 Abs. 7 der Psychotherapie-Vereinbarung

Ich erfülle nachfolgend aufgeführte Anforderungen:

- mindestens 40 Stunden eingehender Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und EMDR **und**
- mindestens 40 Stunden Einzeltherapie
 - mit mindestens 5 abgeschlossenen EMDR-Behandlungsabschnitten
 - unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR.

Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

Entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen sind dem Antrag beigelegt.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die diesem Antrag beigelegten Anhänge und Anlagen zum Bestandteil des Antrages.
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/-psychotherapeuten (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Ort, Datum, BSNR

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

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/Psychotherapeuten, der die Leistungen erbringen möchte