

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung**

Name _____

Praxisanschrift
Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ 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 Psychosomatischen Grundversorgung nach § 5 Abs. 6 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung).

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin
- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
 - Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

ODER

- Ich weise die fachlichen Voraussetzungen durch folgende Zeugnisse nach:
 - Theorieseminare von mindestens 20 Stunden zur Theorie der Arzt-Patienten-Beziehung, Kenntnisse und Erfahrungen in psychosomatischer Krankheitslehre, Kenntnisse zur Krankheit und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung und Differentialindikation

UND

- Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken im Umfang von mindestens 30 Stunden

UND

- Reflektion der Arzt-Patienten-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balin- oder patientenbezogenen Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30 Stunden (Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden) in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr

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 Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

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

Ort, Datum, BSNR

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

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, der die Leistungen erbringen möchte