

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
Übender und suggestiver Techniken (Autogenes Training, Progressive
Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose)**

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 Autogenem Training oder Progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson oder der Hypnose nach der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) und weise die Anforderungen durch Bescheinigungen und Zeugnisse nach.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Ich weise die fachliche Befähigung für Autogenes Training (AT) als Maßnahme der Psychosomatischen Grundversorgung durch folgende Nachweise nach:

- ☐ Aus- oder Weiterbildungszeugnisse, die eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in AT als Einzel- oder Gruppenbehandlung belegen oder
- ☐ Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an zwei durch Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen in AT im Abstand von mindestens drei Monaten und im Umfang von jeweils mindestens 16 Stunden.

und/oder

Ich weise die fachliche Befähigung für Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) als Maßnahme der Psychosomatischen Grundversorgung durch folgende Nachweise nach:

- ☐ Aus- oder Weiterbildungszeugnisse, die eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in PMR als Einzel- oder Gruppenbehandlung belegen oder
- ☐ Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an zwei durch Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen in PMR im Abstand von mindestens drei Monaten und im Umfang von jeweils mindestens 16 Stunden.

und/oder

Ich weise die fachliche Befähigung für Hypnose als Maßnahme der Psychosomatischen Grundversorgung durch folgende Nachweise nach:

- ☐ Aus- oder Weiterbildungszeugnisse, die eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in Hypnose als Einzelbehandlung belegen oder
- ☐ Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an zwei durch Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen in Hypnose im Abstand von mindestens drei Monaten und im Umfang von jeweils mindestens 16 Stunden.

und

- ☐ Ich verfüge über den Fachkundenachweis/die Weiterbildung in

- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
- ☐ Psychoanalyse
- ☐ Systemischer Therapie

- ☐ Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
- ☐ Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigelegt.

Hinweis:

Voraussetzung für eine Genehmigung ist der Nachweis einer fachlichen Befähigung in einem Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen oder bei Kindern und Jugendlichen.

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/ angestellten 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 Aus- und Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes/Therapeuten, der die Leistungen erbringen möchte