



Erhebungsbogen „Qualitätssicherung“

für genehmigungspflichtige Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als ärztliche(r) Psychotherapeut(in), Psychologische(r) Psychotherapeut(in) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)

Die Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung beinhalten Qualitätssicherungsvorgaben für bestimmte ärztliche Leistungen. Damit diese Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und gegenüber der KV Sachsen abgerechnet werden können, bedarf es einer Genehmigung durch die KV Sachsen. **Die Ausführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist somit erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigung rechens.** Diese kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Der Erhebungsbogen dient der Anforderung von Unterlagen zur Beantragung von Genehmigungen. Die Antragsunterlagen erhalten Sie alternativ auch im Internet unter: www.kvsachsen.de / Für Praxen / Qualität / Genehmigungspflichtige Leistungen. Die Einreichung des Erhebungsbogens kann dann entfallen.

Antragsteller/-in:

(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Leistungserbringer:

(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche/ psychotherapeutische Tätigkeit

als Facharzt für/ als Psychologischer Psychotherapeut/
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:

ab (geplanter Tätigkeitsbeginn):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung |

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

NBSNR:

Bitte kennzeichnen Sie die genehmigungspflichtigen Leistungen, die Sie oder Ihr angestellter Psychotherapeut erbringen möchten und für die Sie Antragsunterlagen benötigen.

- Psychotherapie-Verfahren
(Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, EMDR, Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson, Hypnose)
 - für Erwachsene
 - für Kinder- und Jugendliche
- Neuropsychologie
- Soziotherapie
- Videosprechstunde ^{p)}

Nachfolgend aufgeführte Leistungen können nur von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie psychotherapeutisch tätigen Ärzten beantragt werden.

- Labor nach Kapitel 32.3 EBM sowie vergleichbare Untersuchungen aus Kapitel 1 EBM
- Manuelle Medizin
- Neurophysiologie
- Physikalische Therapie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Schmerztherapie *)
- Ultraschalldiagnostik *)

^{p)} Praxisantrag

^{*)} betriebsstättenbezogene genehmigungspflichtige Leistungen

Bemerkungen:

.....

.....

Hinweis:

Wir empfehlen Ihnen, vor dem Ausfüllen der im Einzelnen für Sie relevanten Anträge mit dem entsprechenden Sachbearbeiter in Ihrer für Sie zukünftig zuständigen Bezirksgeschäftsstelle Kontakt aufzunehmen und ggf. einen **Termin für ein persönliches Beratungsgespräch** zu vereinbaren.