KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von neurophysiologischen Übungsbehandlungen

gemäß der Präambel zu Kapitel 30.3.1 des EBM
Hinweis: Die Leistungen sind **nicht antragspflichtig** für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Neurochirurgie, Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Orthopädie.

Antragsteller/-in: ……
(bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ- Vertretungsberechtigte, bei einem in einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

Leistungserbringer/-in: ……
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Ärztliche Tätigkeit
als Facharzt für: ……

Tätigkeit im Rahmen einer:

☐ Niederlassung
☐ Angestelltentätigkeit
☐ Ermächtigung
☐ Vertretung
☐ Sicherstellungsassistenz für ……
☐ Vertretung nach 32b Abs. 6 Ärzte-ZV für ……

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

Straße, Nr.: ……

PLZ, Wohnort: ……

Telefon/Fax: ……

E-Mail: ……

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

1. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse: ……

2. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse: ……

3. BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Adresse: ……

1 Beantragter Leistungsbereich

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Gebührenordnungspositionen
- 30300 – sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)
- 30301 – sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)

---

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Facharzt: Vertragsarzt mit Zusatzqualifikation

Facharzturkunde:

☐ liegt der KVS vor ☐ im Original beigefügt

ODER

2.2 Nicht-ärztlicher Mitarbeiter mit Zusatzqualifikation

Name, Vorname: ……

☐ Krankengymnast

☐ Heilpädagoge

☐ Ergotherapeut

☐ Physiotherapeut

Dem Antrag ist eine staatliche Prüfungsurkunde sowie ein Arbeitsvertrag beizufügen.

Hinweis:
Abrechnungsbefugte Fachärzte, der folgenden EBM-Präambeln, sind nicht berechtigt neurophysiologische Leistungen durchzuführen und abzurechnen, auch wenn eine Qualifikation gemäß Punkt 2 des Antrags vorgelegt wird:
- Kap. 11 Nr. 1: Fachärzte für Humangenetik, Vertragsärzte mit der ZB Medizinische Genetik
- Kap. 12 Nr. 1: Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Transfusionsmedizin, Ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin
- Kap. 19 Nr. 1: Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie
- Kap. 24 Nr. 1: Fachärzte für Radiologie/Radiologische Diagnostik/Diagnostische Radiologie
- Kap. 25 Nr. 1: Fachärzte für Strahlentherapie

2.3 Genehmigung (anderer) KV

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

2.4 Nachweis eines Zertifikates über den erfolgreichen Abschluss eines speziellen Weiterbildungskurses (Voijta, Bobath, PNF o.ä.) gemäß der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln in der Fassung vom 17.01.2005

☐ liegt der KVS vor ☐ in Kopie beigefügt

3 Hinweise

Mit Antragsabgabe gibt der Antragsteller sein Einverständnis, dass die KV Sachsen im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Dem Antragsteller ist bei Abgabe bekannt, dass das Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen werden kann.

Die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) ist erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Mit Antragsabgabe bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit der Angaben und wird verpflichtet, Änderungen im Personal unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvsachsen.de/fuer-praxen/praxisorganisation/informationen-zum-datenschutz.

Der Antrag ist ohne Unterschrift/Stempel gültig.

Das vollständig ausgefüllte Antragsformular einschließlich aller im Formular genannten notwendigen Nachweise reichen Sie bitte wie folgt ein:

per E-Mail an: psychotherapie@kvsachsen.de

oder

per Post an: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig