

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhausstraße 11
72770 Reutlingen

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Neuropsychologischen Therapie

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

www.kvbawue.de/neuropsychologische-therapie

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

Neuropsychologische Therapie {NPT1}

Fachliche Qualifikation nach § 6 Absatz 2

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Facharzt für Neuroradiologie
- Facharzt für Nervenheilkunde
- Facharzt für Psychiatrie
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Facharzt für Neurochirurgie
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Ärztliche Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in psychoanalytisch begründeten Verfahren oder Verhaltenstherapie (nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie)
- Psychologische Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in psychoanalytisch begründeten Verfahren oder Verhaltenstherapie (nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie)



und

neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer oder Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden in Kopie beifügen.

Verpflichtungserklärung Dokumentation nach § 9

Ich verpflichte mich:

1. Die Befunde, den Therapieplan, sowie den Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan, die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und die Gesamtbehandlungsanzahl zu dokumentieren.
2. Sofern sich die medizinische Notwendigkeit ergibt, die Dauer der Behandlungseinheit zu reduzieren, dies anhand von Angaben zur konkreten Indikation oder der aktuellen neuropsychologischen Symptomatik oder den Ergebnissen der Testdiagnostik mit Begründung zu dokumentieren.
3. Sofern im Einzelfall der festgelegte Behandlungsumfang überschritten werden soll, das Vorliegen der Bedingungen hierfür zu begründen und zu dokumentieren.

4. Sofern sich eine Therapie außerhalb der Praxis/Einrichtung als medizinisch notwendig erweist, dies gesondert zu begründen und zu dokumentieren.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Richtlinie genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.



Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code