

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de) oder [qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik](mailto:qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik)

# Antrag

## auf Förderung vertragsärztlicher und -psychotherapeutischer Weiterbildung für Gruppentherapie innerhalb der KVBW

**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 Richtlinie finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/forderung-gruppentherapie](http://www.kvbawue.de/forderung-gruppentherapie)

Ich beantrage die Förderung der Weiterbildung für Gruppentherapie im Richtlinienverfahren (bitte nur ein Kreuz, da nur eine Förderung möglich ist):

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Erwachsene) {FPG1}
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kinder und Jugendliche) {FPG2}
- Analytische Psychotherapie (Erwachsene) {FPG3}
- Analytische Psychotherapie (Kinder und Jugendliche) {FPG4}
- Verhaltenstherapie (Erwachsene) {FPG5}
- Verhaltenstherapie (Kinder und Jugendliche) {FPG6}
- Systemische Therapie (Erwachsene) {FPG7}
- Systemische Therapie (Kinder und Jugendliche) {FPG8}

**Eine Kopie der verbindlichen Anmeldebestätigung zur Weiterbildungsmaßnahme bei einem anerkannten Weiterbildungsinstitut ist beigefügt.**



### Einverständniserklärung

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

### Hinweis

Die Bewilligung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle erforderlichen Unterlagen der KVBW vollständig vorliegen. Soweit Unterlagen fehlen, kann die Bewilligung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Die Weiterbildungsmaßnahme soll die Dauer von drei Jahren ab Bewilligung nicht überschreiten. Die Zahlung der Förderung erfolgt nach erstmaliger Ausführung und Abrechnung der mit der Weiterbildungsmaßnahme verknüpften Leistungen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code