

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Diagnostik und Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Neuropsychologische Therapie)  
(gemäß Anlage I Nr. 19 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung - Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

**Persönliche Angaben des Antragstellers**

Titel, Name, Vorname: .....  
Gebietsbezeichnung: .....  
Schwerpunkt: .....  
Zusatzbezeichnung: .....  
Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....  
Telefon:                      Praxis: .....                      privat: .....

**Ort der Leistungserbringung**

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
  - in einer Zweigpraxis (Nebenbetriebsstätte)  
.....
  - im Rahmen einer Anstellung
    - bei einem Vertragsarzt .....
    - in einem MVZ .....
  - im Rahmen einer Ermächtigung
  - im Rahmen einer Vertretung
- Wurde bereits eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von neuropsychologischer Therapie durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?
- nein             ja (bitte den Bescheid beifügen)

### Beantragte Leistungen

- GOP 30930, 30931, 30932, 30933, 30934 und 30935 des EBM

### Fachliche Voraussetzungen (gem. § 6 Abs. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

- Facharzt für Neurologie
- 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
- Ärztlicher Psychotherapeuten (mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie)
- Psychologischer Psychotherapeut (mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie)

**und**

- der Nachweis über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder, soweit eine solche nicht besteht, gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

siehe Bescheinigung vom .....  
(Bescheinigung im Original oder als beglaubigte Kopie beifügen)

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kvt.de](http://www.kvt.de) → Themen A-Z.

### Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von neuropsychologischer Therapie in der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ich versichere, dass die Leistungen nach den in § 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung nach Anlage I Punkt 19 der Richtlinie Methoden der vertragsärztlichen Versorgung festgelegten Bestimmungen durchgeführt werden.

Ich verpflichte mich, patientenbezogene Dokumentationen nach den in § 9 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung genannten Vorgaben, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht, zu erstellen und diese im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 10 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung der KV Thüringen bzw. der gemäß § 10 Abs. (2) speziell für den Leistungsbereich der ambulanten Neuropsychologie fachkundigen Qualitätssicherungskommission, auf Verlangen vorzulegen.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*

*Unabhängig von der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von neuropsychologischer Therapie wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvt.de](http://www.kvt.de), Thema Datenschutz.