

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

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)

(nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur neuropsychologischen Diagnostik und Therapie – Qualitätssicherungsvereinbarung NT)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(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 in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- 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

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.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.

.....
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.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.