

## **ACHTUNG:**

- Bitte kreuzen Sie in der nachfolgenden Übersicht die Leistungen an, die Sie aufgrund Ihrer Qualifikation erbringen und abrechnen möchten.
- Wir senden Ihnen anschließend die Antragsunterlagen zu. Füllen Sie diese aus und reichen Sie diese bei der KVB ein.
- Ohne entsprechende Antragsstellung und Verbescheidung können Sie die jeweiligen genehmigungspflichtigen Leistungen nicht mit uns abrechnen (d.h. keine Vergütung!)

Senden Sie die folgende Übersicht der Abrechnungsberechtigungen ausgefüllt zusammen mit dem Antrag an den Zulassungsausschuss zurück, wenn

Sie erstmals in Bayern an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zulassung/Anstellung) und nicht ausschließlich als

- Sicherstellungsassistent/in (d.h. die erbrachten Leistungen werden auf den Ansteller/ die Anstellerin abgerechnet)
- Psychologischer Ausbildungsassistent/in

tätig sind oder nach einer mehr als 5-jährigen Unterbrechung Ihre Zulassung/Anstellung in Bayern wieder aufnehmen.

**Falls Sie Fragen hierzu haben, weitere Informationen erhalten Sie auf den nächsten Seiten (in der Übersicht) sowie in Ihrem zuständigen Beratungscenter:**

<https://www.kvb.de/mitglieder/beratung>

## Übersicht der Abrechnungsberechtigungen PPTs und KJPTs

In dieser Übersicht finden Sie die Auflistung aller in Frage kommenden Abrechnungsgenehmigungen. **Selbst für die genehmigungspflichtige Psychotherapie in Ihrem Richtlinienverfahren benötigen Sie eine Genehmigung, ohne die Ihre Leistung nicht vergütet werden kann.** Bitte wählen Sie daher aus, welche Abrechnungsgenehmigungen für Sie in Frage kommen, diese werden Ihnen dann als Verlinkung per Mail zugeschickt. Diese Verlinkungen führen Sie zu den eigentlichen Anträgen. Füllen Sie diese Anträge aus und schicken diese umgehend zurück. Nur so erhalten Sie für Ihre erbrachten Leistungen auch das Ihnen zustehende Honorar

- Ankreuzen
- Antrag stellen
- Genehmigung erhalten
- Leistung kann vergütet werden

<b>Antragsteller</b>	
Name <input style="width: 300px;" type="text"/>	, Vorname <input style="width: 200px;" type="text"/>
Titel <input style="width: 250px;" type="text"/>	nachgestellter Titel: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Facharztbezeichnung	<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
LANR: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	BSNR: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
MVZ/BAG: <input style="width: 600px;" type="text"/>	
<small>Angabe MVZ/BAG bei Einreichung durch MVZ/BAG-Vertretungsberechtigten</small>	

<b>Die Antragstellung erfolgt für</b>	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich oder	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Therapeuten:	
Name <input style="width: 300px;" type="text"/>	, Vorname <input style="width: 200px;" type="text"/>
Titel <input style="width: 250px;" type="text"/>	nachgestellter Titel <input style="width: 150px;" type="text"/>
LANR <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in	
Geplanter Beginn der Tätigkeit zum: <input style="width: 150px;" type="text"/>	
<small>tt.mm.jj</small>	

**Zusendung der Unterlagen:**

- Keine Zusendung der Unterlagen durch die KVB gewünscht, diese werden direkt von der KVB.de Seite geladen bzw. diese liegen bereits vor und werden umgehend bei der KVB eingereicht.

**ODER:**

- Die Zusendung der Unterlagen an folgende E-Mail Adresse:

E-Mail-Adresse

Die Anträge und Formulare finden Sie unter:

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice>

**Ansprechpartner für Rückfragen:**

Name

Telefonnummer

E-Mail-Adresse:

**Bitte um Zusendung folgender Unterlagen:**

<b>1.</b>	<b>Anträge und Formulare, diese finden Sie zum eigenen Download unter:</b> <a href="https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice">https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice</a>	
	<b>DMP Brustkrebs</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Kinder kranker Eltern</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Neuropsychologische Therapie</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Psychotherapie</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Videosprechstunde – Zuschlag GOP 01450</b>	<input type="checkbox"/>

<b>2.</b>	<b>Formloser Antrag – durch Ankreuzen ist der formlose Antrag gestellt</b>	
	<p><b>Soziotherapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Angabe der Kontaktstelle ist die Abrechenbarkeit der Leistungen gewährleistet.</li> </ul> <p><b>Angabe der Kontaktstelle*:</b> Ich kooperiere mit folgendem gemeindepsychiatrischen Verbund bzw. vergleichbarer Versorgungsstruktur:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">Name der Einrichtung</p> <p><b>*Die Angabe der Kontaktstelle ist unbedingt erforderlich.</b></p>	<input type="checkbox"/>

<https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/>

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice>

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen>

<https://www.kvb.de/mitglieder/beratung>

<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Abrechnung/Merkblaetter-DS/KVB-Merkblatt-Genehmigungspflichtige-Leistungen.pdf>



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Diese Übersicht dient lediglich der Zusendung von Antragsunterlagen und Formularen, die gesondert von Ihnen ausgefüllt und bei uns eingereicht werden müssen, damit Sie eine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen für die Psychotherapie erhalten. Auch die Erbringung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie in Ihrem Richtlinienverfahren muss erst genehmigt werden. Erst dann können Sie die Leistungen erbringen und abrechnen:

- KVB sendet Ihnen die Antragsunterlagen als Link zu
- Sie füllen diese aus und senden sie zurück
- Nach positiver Prüfung erhalten Sie den Genehmigungsbescheid
- Erst dann kann die Erbringung und Abrechnung erfolgen

**Eine rückwirkende Genehmigungserteilung ist nicht möglich!**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt- ärztin /  
Vertragspsychotherapeut- therapeutin /  
MVZ/BAG Vertretungsberechtigte/r / Angestellter/in



Stempel Antragsteller