

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/347076

ANTRAG

auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen

Vereinbarung zur neuropsychologischen Diagnostik und Therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
(i.V.m. Anlage I Nr. 19 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V)

I. Angaben zum Leistungserbringer
--

.....
ggf. Titel Name, Vorname geb. am

.....
Lebenslange Arztnummer (LANR), falls bekannt

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- ermächtigter (Krankenhaus-) Arzt / Psychotherapeut
- angestellter Arzt / Psychotherapeut

II. Leistungsumfang

GOP 30930 EBM	Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren
GOP 30931 EBM	Probatorische Sitzung
GOP 30932 EBM	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)
GOP 30933 EBM	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)
GOP 30934 EBM	Erstellung eines Therapieplans
GOP 30935 EBM	Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall

III. Fachliche Anforderung

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja nein

Ich bin

- Facharzt/Fachärztin für Neurologie oder Nervenheilkunde oder Psychiatrie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Neurochirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.
- ärztliche Psychotherapeutin / ärztlicher Psychotherapeut mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie.
- Psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie.
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie

und

verfüge über den Nachweis der neuropsychologischen Zusatzqualifikation

- Zusatzbezeichnung „Neuropsychologie“.
- Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig zu der Zusatzbezeichnung „Neuropsychologie“.

Bitte Urkunden, Nachweise sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Anforderungen an die ärztliche Dokumentation

- Ich verpflichte mich zur Erstellung einer Dokumentation nach den Vorgaben des § 9 der Anlage 1 Nr. 19 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.

V. Überprüfung der Dokumentation

- Ich verpflichte mich zur Vorlage von Dokumentationen nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur neuropsychologischen Diagnostik und Therapie i.V.m. mit der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses zur stichprobenartigen Überprüfung auf Anforderung einer KV-Kommission.

VI. Allgemeines

- Neuropsychologische Leistungen dürfen im Rahmen der neuropsychologischen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte/Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der neuropsychologischen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

Der Unterzeichner versichert die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden
Arztes/psychologischen Psychotherapeuten/
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes/ psychologi-
schen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugend-
lichenpsychotherapeuten bzw. der abrechnen-
den Stelle (anstellender Vertragsarzt bzw. Psy-
chotherapeut, MVZ, Institut)