

## Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer/eines Weiterzubildenden zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie in Ihrer psychologischen Praxis

Die Beschäftigung einer Weiterzubildenden setzt die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) voraus. Bitte lassen Sie uns hierfür das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit den erforderlichen Nachweisen zukommen.

### 1. Antragsteller

Medizinisches Versorgungszentrum       Berufsausübungsgemeinschaft

Praxisinhaber/ Einzelpraxis

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR) \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung (BAG/MVZ) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### 2. Weiterzubildender

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

**Wir bitten die o.g. Felder vollständig auszufüllen, da nur so eine abschließende Antragsbearbeitung möglich ist.**

### 3. Nachweise

Für die Beschäftigung einer/eines Weiterzubildenden sind die nachfolgend aufgeführten Unterlagen bzw. Nachweise einzureichen.

- Mitteilung über die Dauer:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

*(bitte nur volle Monate angeben)*

- Art der Beschäftigung:            halbtags             dreivierteltags             ganztags
- Schriftliche Bescheinigung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –therapeuten Hessen (LPPKJP) der Weiterbildungsbefugnis Klinische Tätigkeit im Bereich Klinische Neuropsychologie
- Schriftliche Bescheinigung der LPPKJP der Anerkennung der Weiterbildungsstätte im Bereich Klinische Neuropsychologie

### 4. Finanzielle Förderung

Des Weiteren beantrage ich die finanzielle Förderung

Bitte reichen Sie zusätzlich zu dem unter Punkt 3 aufgeführten Unterlagen folgende Nachweise ein.

- Kopie des Personalausweises der/des Weiterzubildenden
- Arbeitsvertrag / Anstellungsvertrag
- Kopie der Approbationsurkunde der/des Weiterzubildenden

**Bitte senden Sie Ihren Antrag nebst Unterlagen an:**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätsförderung

Förderung Weiterbildung

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt am Main

Tel: 069 24741-7007

Fax: 069 24741-68844

E-Mail: [genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de](mailto:genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de)

Für Rückfragen zur **finanziellen Förderung** stehen wir Ihnen unter folgenden Kontaktdaten gerne zur Verfügung.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätsförderung

Förderung Weiterbildung

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt am Main

Tel: 069 24741-7050

Fax: 069 24741-68843

E-Mail: [sirili@kvhessen.de](mailto:sirili@kvhessen.de)

Ein Weiterzubildender in der psychologischen Praxis ist nicht genehmigungspflichtig, wenn er einen Einblick in die praktische Tätigkeit und in die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten erhalten soll; d.h. „dem Praxisinhaber über die Schulter schaut“ und grundsätzlich keine eigenen Fälle behandelt (er kann z. B. Teile der Anamnese übernehmen und Testungen).

Eine Genehmigungspflicht für die Tätigkeit eines Weiterzubildenden durch die KVH besteht dann, wenn der Weiterzubildende selbständig tätig wird.

Alle Details zu den Regelungen der finanziellen Förderung finden Sie in der „Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Klinische Neuropsychologie“.

**Bitte beachten Sie, dass...**

**...erst mit Eingang der vollständigen Unterlagen und Prüfung des Antrages eine Genehmigung erfolgen kann. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.**

**...die Beschäftigung eines Weiterzubildenden nach § 32 Abs. 3 und 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht zur Vergrößerung der Vertragsarztpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen darf und der Weiterzubildende zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten ist.**

**...die Abrechnung (z. B. eine Kurzzeittherapie) erfolgt über den Praxisinhaber.**

**...die Leistungen, die der Weiterzubildende in Ihrer Praxis erbringt, mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des Praxisinhabers gekennzeichnet werden.**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



Vertragsarztstempel