

Checkliste

Erforderliche Dokumente zur Teilnahme am PNP-Vertrag:

- ☐ Teilnahmeerklärung*
- ☐ optional Teilnahmeerklärung Bosch BKK
- ☐ KV-Zulassung oder KV-Registerauszug / ggf. KV-Ermächtigung
- ☐ ggf. KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie
- ☐ Teilnahmebescheinigung Vertragsschulung
- ☐ Bestätigungsformular Vertragssoftware

Erforderliche Nachweise zur Abrechnung bestimmter Leistungen:

Modul Neurologie

- ☐ **Qualifikation Einstellung des Hirnschrittmachers**
(Nachweis: Fortbildungsnachweis eines Zentrums für Tiefe Hirnstimulation oder Nachweis über praktische Erfahrung)
- ☐ **Qualifikation Medikamentenpumpenbetreuung**
(Nachweis: Bescheinigung der Teilnahme einer Fortbildungsveranstaltung oder Nachweis über praktische Erfahrung)
- ☐ **Schwerpunktpraxis MS** (Behandlung von mindestens 60 MS Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- ☐ **Schwerpunktpraxis Epilepsie** (Behandlung von mindestens 60 Epilepsie Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- ☐ **Schwerpunktpraxis Parkinson** (Behandlung von mindestens 60 Parkinson Patienten im Jahr, Selbstauskunft)
- ☐ **Nachweis evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP)/ Blinkreflex** (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16320/16321/21320/21321)
- ☐ **Langzeit-EEG** (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16311/21311)
- ☐ **Elektromyographie** (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16322)
- ☐ **Dopplersonographie** (Nachweis: KV-Genehmigung)
- ☐ **Duplexsonographie** (Nachweis: KV-Genehmigung)
- ☐ **Schmerztherapie** (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis des EBM-Kapitels 30.7.1)
- ☐ **Neurosonologie** (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. KV-Abrechnung EBM Ziffer 33100)



Modul Neurologie/Psychiatrie

- ☐ **EEG** (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16310/21310)

Modul Psychotherapie

- ☐ **Psychotherapeutische Gruppenbehandlung** (Nachweis: KV-Genehmigung)
- ☐ **Analytische Psychotherapie** (Nachweis: KV-Genehmigung – EBM Ziffern 35210 bzw. 35411/35412/35415)
- ☐ **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** (Nachweis: KV-Genehmigung)
- ☐ **Neuropsychologische Therapie** (Nachweis: KV-Genehmigung)

Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie

- ☐ **Sozialpsychiatrie** (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis EBM-Ziffer 88895)
- ☐ **EEG** (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14320)
- ☐ **Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung** (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14321)
- ☐ **Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung** (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14330)
- ☐ **Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)** (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14331)
- ☐ **Beschäftigung von Therapeutischen Mitarbeitern in der Praxis** (Nachweis: Qualifikationsnachweise gemäß Definition in Anlage 2)

* Felder, die ausschließlich mit dem Hinweis „Selbstauskunft“ versehen sind müssen zur Vollständigkeit angekreuzt werden. Ein zusätzlicher Nachweis ist nicht erforderlich

