|  |  |
| --- | --- |
|  | **Psychiatrie****Psychiatrie und Neurologie****Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin** |

#### Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung der

**Pos. P8**

**Psychotherapeutische Sitzung**

**Einzeltherapie von mindestens 30 Minuten Dauer**

**Pos. P9**

**Psychotherapeutische Sitzung**

**Einzeltherapie von mindestens 50 Minuten Dauer**

**Pos. P10**

**Psychotherapeutische Sitzung**

**Gruppentherapie von mindestens 90 Minuten Dauer**

**(maximal 8 Personen)**

gem. Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte des oö. Gesamtvertrages

**Ausbildung:**

**Vorlage**

* des Bescheides über die Eintragung in die Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit

**oder**

* des PSY-III Diploms der ÖÄK

**oder**

* Nachweis über die Absolvierung der Sonderfachausbildung Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

.............................................. .......................................................

**Datum Stempel und Unterschrift**

 des Vertragsarztes/der Vertragsärztin