Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

PTV 1

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Name und Anschrift der Krankenkasse

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Einzeltherapie
- ☐ Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Ich beantrage die Psychotherapie als

- ☐ Erstantrag
- ☐ Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

Bei Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ ja, und zwar am _____ und ggf. am _____

☐ nein ***(Wenn nein, bitte Folgendes angeben)***

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für die Krankenkasse

MUSTER

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Name und Anschrift der Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

PTV 1

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Einzeltherapie
- ☐ Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Ich beantrage die Psychotherapie als

- ☐ Erstantrag
- ☐ Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

Bei Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ ja, und zwar am ☐ und ggf. am ☐

☐ nein ***(Wenn nein, bitte Folgendes angeben)***

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Versicherten

MUSTER

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Name und Anschrift der Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

PTV 1

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Einzeltherapie
- ☐ Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Ich beantrage die Psychotherapie als

- ☐ Erstantrag
- ☐ Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

Bei Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ ja, und zwar am _____ und ggf. am _____

☐ nein ***(Wenn nein, bitte Folgendes angeben)***

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Therapeuten

MUSTER

Name und Anschrift der Krankenkasse

Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten

PTV 2

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Diagnose(n) *(ICD-10 - GM endstellig)*

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

- ☐ für Erwachsene (Erw)
- ☐ für Kinder und Jugendliche (KiJu)

- ☐ Analytische Psychotherapie (AP)
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- ☐ Verhaltenstherapie (VT)

- ☐ Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
- ☐ Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
- ☐ Langzeittherapie (LZT) als
  - ☐ Erstantrag
  - ☐ Umwandlung
  - ☐ Fortführung

- ☐ ausschließlich Einzeltherapie
- ☐ ausschließlich Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung mit
  - ☐ überwiegend Einzeltherapie
  - ☐ überwiegend Gruppentherapie
  - ☐ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐ **B**, ☐☐☐☐☐ **B**

Bei Erstanträgen angeben:

- ☐ Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt
- ☐ Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:
  - 1. Sitzung am ☐☐☐☐☐☐
  - 2. Sitzung am ☐☐☐☐☐☐

Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgefürt werden

- ☐ ja, mit voraussichtlich ☐☐☐ Therapieeinheiten
- ☐ nein
- ☐ noch nicht absehbar
- ☐ ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

- ☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Einzelbehandlung** ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐
- ☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Gruppenbehandlung** ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐
- ☐☐☐ Therapieeinheiten in der **Akutbehandlung**

Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme

Erklärung des Therapeuten

☐ Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung für die Krankenkasse

MUSTER

Name und Anschrift der Krankenkasse

Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten

PTV 2

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Diagnose(n) *(ICD-10 - GM endstellig)*

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

- ☐ für Erwachsene (Erw)
- ☐ für Kinder und Jugendliche (KiJu)

- ☐ Analytische Psychotherapie (AP)
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- ☐ Verhaltenstherapie (VT)

- ☐ Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
- ☐ Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
- ☐ Langzeittherapie (LZT) als
  - ☐ Erstantrag
  - ☐ Umwandlung
  - ☐ Fortführung

- ☐ ausschließlich Einzeltherapie
- ☐ ausschließlich Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung mit
  - ☐ überwiegend Einzeltherapie
  - ☐ überwiegend Gruppentherapie
  - ☐ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐ **B**, ☐☐☐☐☐ **B**

Bei Erstanträgen angeben:

- ☐ Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt
- ☐ Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:
  - 1. Sitzung am ☐☐☐☐☐☐
  - 2. Sitzung am ☐☐☐☐☐☐

Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgefürt werden

- ☐ ja, mit voraussichtlich ☐☐☐ Therapieeinheiten
- ☐ nein
- ☐ noch nicht absehbar
- ☐ ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Einzelbehandlung** ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐

☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Gruppenbehandlung** ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐

☐☐☐ Therapieeinheiten in der **Akutbehandlung**

Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme ☐☐☐☐☐☐

Erklärung des Therapeuten

☐ Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum ☐☐☐☐☐☐

Stempel / Unterschrift des Therapeuten bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung für den Gutachter

MUSTER

Name und Anschrift der Krankenkasse

Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten

PTV 2

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Diagnose(n) *(ICD-10 - GM endstellig)*

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

- ☐ für Erwachsene (Erw)
- ☐ für Kinder und Jugendliche (KiJu)

- ☐ Analytische Psychotherapie (AP)
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- ☐ Verhaltenstherapie (VT)

- ☐ Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
- ☐ Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
- ☐ Langzeittherapie (LZT) als
  - ☐ Erstantrag
  - ☐ Umwandlung
  - ☐ Fortführung

- ☐ ausschließlich Einzeltherapie
- ☐ ausschließlich Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung mit
  - ☐ überwiegend Einzeltherapie
  - ☐ überwiegend Gruppentherapie
  - ☐ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

☐☐☐ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ☐☐☐☐☐ **B**, ☐☐☐☐☐ **B**

Bei Erstanträgen angeben:

- ☐ Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt
- ☐ Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:
  - 1. Sitzung am ☐☐☐☐☐☐
  - 2. Sitzung am ☐☐☐☐☐☐

Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgefürt werden

- ☐ ja, mit voraussichtlich ☐☐☐ Therapieeinheiten
- ☐ nein
- ☐ noch nicht absehbar
- ☐ ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Einzelbehandlung** ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐

☐☐☐ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als **Gruppenbehandlung** ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐, ☐☐☐☐☐

☐☐☐ Therapieeinheiten in der **Akutbehandlung**

Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme ☐☐☐☐☐☐

Erklärung des Therapeuten

☐ Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum ☐☐☐☐☐☐

Stempel / Unterschrift des Therapeuten bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung für den Therapeuten

MUSTER

Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter

PTV 3

Hinweise zum Erstellen des Berichts zum Erst-, Umwandlungs- oder Fortführungsantrag

Die Therapeutin oder der Therapeut erstellt den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter persönlich und in freier Form nach der in diesem Formblatt vorgegebenen Gliederung und versieht ihn mit Datum und Unterschrift. Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein. Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblattes sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. Gliederungspunkte mit einem Zusatz „VT" sind nur bei einem Bericht zur Verhaltenstherapie, mit dem Zusatz „TP" nur bei einem Bericht zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und mit dem Zusatz „AP" nur bei einem Bericht zur analytischen Psychotherapie zu berücksichtigen. Die Angaben können stichwortartig erfolgen. Relevante biografische Faktoren sollen im Rahmen des funktionalen Bedingungsmodells (VT) bzw. der Psychodynamik (TP, AP) dargestellt werden. Der Umfang des Berichts soll i.d.R. zwei Seiten umfassen.

Bericht zum Erst- oder Umwandlungsantrag

1. Relevante soziodemographische Daten
- Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder
- Bei Kindern und Jugendlichen: Angaben zur Lebenssituation, zu Kindergarten oder zu Schulart, ggf. Schulabschluss und Arbeitsstelle, Geschwisterzahl und -position, zum Alter und Beruf der Eltern und ggf. der primären Betreuungspersonen

2. Symptomatik und psychischer Befund
- Von der Patientin oder dem Patienten geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf; bei Kindern und Jugendlichen diesbezügliche Angaben von Eltern und Bezugspersonen, Informationen aus der Schule
- Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
- Psychischer Befund
- Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten; bei Kindern und Jugendlichen Krankheitsverständnis der relevanten Bezugspersonen
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

3. Somatischer Befund/ Konsiliarbericht
- Somatische Befunde (ggf. einschließlich Suchtmittelkonsum)
- ggf. aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (falls vorhanden Berichte beifügen)

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (ggf. auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP)
- Psychodynamik (TP, AP): auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysfunktionale Beziehungsmuster
- Funktionales Bedingungsmodell (VT): Verhaltensanalyse, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen und kurze Beschreibung des übergeordneten Störungsmodells (Makroanalyse)

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung
- ICD-10-Diagnose/n mit Angabe der Diagnosesicherheit
- Psychodynamische bzw. neurosenpsychologische Diagnose (TP, AP)
- Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich

6. Behandlungsplan und Prognose
- Beschreibung der konkreten, mit der Patientin oder dem Patienten reflektierten Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen ggf. auch Beschreibung der Therapieziele, die mit den Bezugspersonen vereinbart wurden
- Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung evtl. vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und -methoden; bei Kindern und Jugendlichen Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen
- Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und ggf. auch kurze Darstellung des Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungshindernissen; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der Bezugspersonen

7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag
- Bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Arbeit mit den Bezugspersonen
- Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
- Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

Bericht zum Fortführungsantrag

(Bei mehreren Berichten zu Fortführungsanträgen sind die Berichte entsprechend fortlaufend zu nummerieren)

1. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, der Veränderung der Symptomatik und des Behandlungsergebnisses in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; bei Kindern und Jugendlichen auch bezüglich der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen

2. Aktuelle Diagnose/n gemäß ICD-10 und aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

3. Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung, weitere Therapieplanung, geänderte/erweiterte Behandlungsziele, geänderte Behandlungsmethoden und -techniken, Prognose, Planung des Therapieabschlusses, ggf. weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie

MUSTER

Auftrag zur Begutachtung PTV 4

Name und Anschrift der zuständigen Krankenkasse

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Name und Anschrift des Gutachters

Ansprechpartner

Telefonnummer

ggf. E-Mail-Adresse

Antrag des Patienten auf Psychotherapie

- ☐ für Erwachsene (Erw)
- ☐ für Kinder und Jugendliche (KiJu)

- ☐ Analytische Psychotherapie (AP)
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- ☐ Verhaltenstherapie (VT)

- ☐ Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
- ☐ Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
- ☐ Langzeittherapie (LZT) als
  - ☐ Erstantrag
  - ☐ Umwandlung
  - ☐ Fortführung

- ☐ ausschließlich Einzeltherapie
- ☐ ausschließlich Gruppentherapie
- ☐ Kombinationsbehandlung mit
  - ☐ überwiegend Einzeltherapie
  - ☐ überwiegend Gruppentherapie
  - ☐ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme

☐ Ergänzungsbericht

MUSTER

Ergänzende Angaben über den Patienten

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren

vom	bis	wegen

stationäre/teilstationäre Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren

vom	bis	wegen	Krankenhaus

rehabilitative Verfahren

vom	bis	wegen	Ort	Kostenträger

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir bitten Sie zum obigen Antrag um eine gutachterliche Stellungnahme auf dem beigefügten Formblatt (PTV 5). Der Bericht des Therapeuten an Sie und der Durchschlag des Formblatts PTV 2b sind im verschlossenen Briefumschlag beigefügt.

Das Original des Formblatts PTV 5a senden Sie bitte direkt an den Therapeuten.
Der erste Durchschlag PTV 5b ist für Ihre Unterlagen bestimmt.
Den zweiten Durchschlag PTV 5c senden Sie bitte im beigefügten Freiumschlag an uns zurück.

Ausstellungsdatum

Unterschrift

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen.
Mit freundlichen Grüßen

Name und Anschrift des Therapeuten

Stellungnahme des Gutachters

PTV 5

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Bericht vom

Eingangsdatum bei der Krankenkasse
(wie auf Briefumschlag PTV 8 angegeben)

Beim Gutachter eingetroffen am

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den seitens des Therapeuten begründeten Antrag des Patienten auf Psychotherapie

☐ **als erfüllt anzusehen** ☐ **als nicht erfüllt anzusehen**

Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ , ___ , ___

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ , ___ , ___

Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ **B**, ___ **B**

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ **B**, ___ **B**

MUSTER

Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

☐ Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind

☐ Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar

☐ Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie

☐ Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen

☐ Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Gutachters

Ausfertigung für den Therapeuten

Name und Anschrift des Therapeuten

Name und Anschrift der Krankenkasse

Stellungnahme des Gutachters

PTV 5

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Bericht vom

Eingangsdatum bei der Krankenkasse
(wie auf Briefumschlag PTV 8 angegeben)

Beim Gutachter eingetroffen am

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den seitens des Therapeuten begründeten Antrag des Patienten auf Psychotherapie

☐ **als erfüllt anzusehen** ☐ **als nicht erfüllt anzusehen**

Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ , ___ , ___

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ , ___ , ___

Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ **B**, ___ **B**

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ **B**, ___ **B**

MUSTER

Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

☐ Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind

☐ Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar

☐ Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie

☐ Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen

☐ Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Gutachters

Ausfertigung für den Gutachter

Name und Anschrift des Therapeuten

Name und Anschrift der Krankenkasse

Stellungnahme des Gutachters

PTV 5

Bearbeitungsnummer der Krankenkasse

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Bericht vom

Eingangsdatum bei der Krankenkasse
(wie auf Briefumschlag PTV 8 angegeben)

Beim Gutachter eingetroffen am

Unter Beachtung des § 70 SGB V sind die Voraussetzungen für die Leistungspflicht der Krankenkasse gemäß Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung meiner gutachterlichen Einschätzung nach für den seitens des Therapeuten begründeten Antrag des Patienten auf Psychotherapie

☐ **als erfüllt anzusehen** ☐ **als nicht erfüllt anzusehen**

Für die KZT1, KZT2 oder LZT

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ , ___ , ___

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ , ___ , ___

Für den Einbezug von Bezugspersonen

insgesamt beantragt ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ **B**, ___ **B**

insgesamt befürwortet ___ Therapieeinheiten mit GOP des EBM ___ **B**, ___ **B**

MUSTER

Begründung des Gutachters nur für den Therapeuten bei Befürwortung, Teilbefürwortung und Nichtbefürwortung

Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

☐ Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind

☐ Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines in § 15 Psychotherapie-Richtlinie zugelassenen Psychotherapieverfahrens wird nicht ausreichend erkennbar

☐ Die Zielsetzung der Therapie überschreitet die Grenzen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 der Psychotherapie-Richtlinie

☐ Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen

☐ Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

ggf. Erläuterung

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Gutachters

Ausfertigung für die Krankenkasse

ACHTUNG!
Dieser Briefumschlag ist nur vom Gutachter zu öffnen

Unterlagen für den Gutachter

PTV 8

Angaben des Therapeuten *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | *Geburtsdatum 6-stellig*

Eingangsdatum bei der Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

Gutachterauftrag an einen Gutachter für

- ☐ AP und TP
- ☐ TP
- ☐ VT
- ☐ KiJu
- ☐ Erw
- ☐ Einzelbehandlung
- ☐ Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung

Auftragsart

- ☐ LZT Erstantrag
- ☐ LZT Umwandlung
- ☐ LZT Fortführung
- ☐ KZT 1
- ☐ KZT 2

MUSTER

Inhalt

- ☐ Bericht an den Gutachter
- ☐ Konsiliarbericht
- ☐ PTV 2b
- ☐ ergänzende Befundberichte

Erklärung des Therapeuten

☐ Ich erkläre, den Bericht an den Gutachter vollständig persönlich verfasst zu haben

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des antragsbegründenden Therapeuten

Patienteninformation

Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung.

Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist eine Behandlung von psychischen („seelischen") Erkrankungen mithilfe von wissenschaftlich anerkannten Verfahren, Methoden und Techniken. Psychische Erkrankungen können das Erleben, das Verhalten sowie das geistige und körperliche Wohlbefinden stark beeinträchtigen und mit Leid, Angst, Verunsicherung und Einschränkungen der Lebensqualität einhergehen. Eine Psychotherapie ist dann ratsam, wenn psychische Probleme nicht mehr allein oder mit Hilfe der Familie oder von Freunden gelöst werden können, zu Krankheitserscheinungen führen und die alltäglichen Anforderungen des Lebens nicht mehr bewältigt werden können.

Vor Beginn einer Psychotherapie ist eine Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt zur Frage notwendig, ob körperliche Ursachen für die psychische Erkrankung verantwortlich oder mitverantwortlich sein können.

Alle psychotherapeutischen Behandlungen haben gemeinsam, dass sie über das persönliche Gespräch erfolgen, das durch spezielle Methoden und Techniken ergänzt werden kann (z.B. freie Mitteilung von Gedanken und Einfällen, konkrete Aufgaben um z.B. Ängste zu bewältigen oder spielerisches Handeln in der Therapie von Kindern).

Wie funktioniert eine Psychotherapie?

Die psychotherapeutische Behandlung hilft seelisches Leid und seelische Krankheit durch das Gespräch mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten mit spezieller Ausbildung zur Behandlung psychischer Erkrankungen zu lindern oder zu bessern. Die Behandlung kann mit der Therapeutin oder dem Therapeuten allein oder im Rahmen einer Gruppentherapie erfolgen. Einzelbehandlungen haben in der Regel eine Dauer von 50 Minuten, Gruppentherapien eine Dauer von 100 Minuten. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es hilfreich und notwendig sein, Bezugspersonen aus dem familiären und sozialen Umfeld mit einzubeziehen. Dies kann im Rahmen von zusätzlichen therapeutischen Gesprächen allein mit den Bezugspersonen erfolgen.

Eine wesentliche Bedingung für das Gelingen jeder Psychotherapie ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut sowie eine Klärung, ob das geplante Psychotherapieverfahren den Erwartungen der Patientin oder des Patienten entgegenkommt. Auf dieser Grundlage bietet Psychotherapie die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen das eigene Erleben und Verhalten sowie Beziehungserfahrungen zu besprechen, zu erleben und zu überdenken und infolge dessen Veränderungen auszuprobieren und herbeizuführen.

MUSTER

Wer übernimmt die Kosten für eine Psychotherapie?

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Psychotherapie, wenn diese zur Behandlung einer psychischen Erkrankung notwendig ist. Ambulante Psychotherapie ist eine zuzahlungsfreie Leistung. Eine Überweisung ist nicht erforderlich, die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte ist ausreichend. Einen Wechsel der Krankenversicherung muss die Patientin oder der Patient der Therapeutin oder dem Therapeuten zeitnah mitteilen. Im Erstgespräch (Psychotherapeutische Sprechstunde) klärt die Patientin oder der Patient mit der Therapeutin oder dem Therapeuten, ob eine Psychotherapie oder eine andere Maßnahme für die individuelle Problemlage geeignet ist. Eine reine Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung ist keine Psychotherapie und wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Diese Maßnahmen werden von entsprechenden Beratungsstellen, in der Regel kostenfrei, angeboten.

Wie beantrage ich eine Psychotherapie?

Vor Beginn einer Psychotherapie finden Probegespräche, sogenannte probatorische Sitzungen, statt. Hierbei prüfen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut, ob die „Chemie" zwischen ihnen stimmt und eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. Die Therapeutin oder der Therapeut erklärt die Vorgehensweise. Therapieziele, Behandlungsplan und voraussichtliche Therapiedauer werden gemeinsam besprochen und festgelegt. Entscheiden sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut für eine Psychotherapie, stellt die Patientin oder der Patient bei ihrer oder seiner Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der Kosten. Wenn eine Langzeittherapie (mehr als 24 Therapieeinheiten) geplant ist, schreibt die Therapeutin oder der Therapeut zusätzlich einen Bericht zur Begründung der Notwendigkeit der Langzeittherapie. Dieser wird ohne Nennung des Patientennamens in einem verschlossenen Umschlag an eine externe Gutachterin oder einen externen Gutachter zur Prüfung übermittelt. Nach Eingang des Antrags prüft die Krankenkasse, bei Langzeittherapien auch unter Berücksichtigung der gutachterlichen Stellungnahme, ob eine Kostenzusage erfolgen kann und teilt dies der Versicherten oder dem Versicherten mit.

Wer führt psychotherapeutische Behandlungen durch?

Psychotherapeutische Behandlungen dürfen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie von psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, wenn diese über eine Kassenzulassung verfügen. Neben der psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Erkrankungen kann zusätzlich eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein, die jedoch nur von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden darf.

Welche psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Bei besonders dringendem Behandlungsbedarf kann eine Psychotherapeutische Akutbehandlung im Umfang von bis zu 12 Behandlungen zu je 50 Minuten Dauer in Frage kommen. Eine Akutbehandlung dient der Krisenintervention und kann – falls erforderlich – in eine Kurzzeitpsychotherapie oder in eine Langzeitpsychotherapie übergeführt werden. Bereits durchgeführte Therapieeinheiten der Akutbehandlung werden auf die nachfolgende Psychotherapie angerechnet. Für eine Akutbehandlung ist nur das Einzelgespräch vorgesehen.

Ambulante Psychotherapie

Ambulante Psychotherapie kann in allen Psychotherapieverfahren als Einzeltherapie, in einer Gruppe oder als Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden. Die Häufigkeit der Sitzungen kann je nach Verfahren und Behandlungsverlauf variieren und wird individuell von Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut vereinbart. Die Gruppenpsychotherapie nutzt zusätzlich Beziehungserfahrungen und das wechselseitige Lernen zwischen den Patientinnen und/oder den Patienten in der Gruppe für die Psychotherapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (www.g-ba.de) entscheidet, welche psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und -methoden als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt sind. Dies sind derzeit:

Analytische Psychotherapie
Die analytische Psychotherapie nimmt an, dass Krankheitssymptome durch konflikthafte unbewusste Verarbeitung von frühen oder später im Leben erworbenen Lebens- und Beziehungserfahrungen verursacht und aufrechterhalten werden. In der therapeutischen Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut spielt das Erkennen und Bewusstmachen von verdrängten Gefühlen, Erinnerungen und Beziehungsmustern, die gegenwärtig Krankheitssymptome verursachen, eine zentrale Rolle. Dadurch kann in der Gegenwart zunächst unverständlich erscheinendes Fühlen und Handeln in der therapeutischen Beziehungsarbeit verstanden und verändert werden.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sieht Krankheitssymptome als Folge von aktuellen Konflikten in Beziehungen oder von nicht bewältigten Beziehungserfahrungen und Konflikten aus früheren Lebensphasen. Diese Konflikte und Erfahrungen können das spätere Leben bestimmen und psychische Erkrankungen zur Folge haben. Ziel der Behandlung ist es, die zugrundeliegenden unbewussten Motive und Konflikte der aktuellen Symptome zu erkennen und sich mit diesen auseinanderzusetzen. Patientin oder Patient werden in der Psychotherapie dabei unterstützt, durch Einsichten in die Zusammenhänge und Ursachen der aktuellen Symptome Veränderungen im Erleben oder Verhalten zu erreichen.

Verhaltenstherapie
Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass psychische Beschwerden das Ergebnis von bewussten und nicht-bewussten Lernprozessen sind. Zu Beginn der Behandlung wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet, welche Bedingungen seiner Lebensgeschichte und seiner aktuellen Lebenssituation zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik beigetragen haben und weiter wirksam sind. Auf dieser Grundlage werden gemeinsam die Therapieziele und der Behandlungsplan festgelegt. In der Verhaltenstherapie wird der Patient zur aktiven Veränderung seines Handelns, Denkens und Fühlens motiviert und angeleitet. Dabei werden die bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten herausgearbeitet und für den Veränderungsprozess nutzbar gemacht.

MUSTER

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

PTV 11

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

☐☐☐☐☐☐ , ☐☐☐☐☐☐

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

☐ Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

☐ Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt

ICD-10 - GM endstellig	ICD-10 - GM endstellig	ICD-10 - GM endstellig

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) ***(im Klartext)***, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

☐ keine Maßnahme notwendig

☐ Präventionsmaßnahme

☐ ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

☐ stationäre Behandlung

- ☐ Krankenhausbehandlung
- ☐ Rehabilitation

☐ andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

☐ Abklärung beim
- ☐ Hausarzt
- ☐ Facharzt für

☐ ambulante Psychotherapie

- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie

MUSTER

nähere Angaben zu den Empfehlungen

☐ Die psychotherapeutische Behandlung kann **NICHT** in dieser Praxis durchgeführt werden

☐ Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin ***(Datum, Uhrzeit)***

☐☐☐☐☐☐ , ☐☐ : ☐☐

Ausstellungsdatum

☐☐☐☐☐☐

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes	
Straße	
PLZ	Ort

Datum

☐☐☐☐☐☐

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Patienten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

PTV 11

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde

_ _ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ _

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

☐ Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt

☐ Bei Ihnen wurde(n) folgende Diagnose(n)/ Verdachtsdiagnose(n) festgestellt

ICD-10 - GM endstellig _____ ICD-10 - GM endstellig _____ ICD-10 - GM endstellig _____

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) ***(im Klartext)***, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen

_____

_____

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

☐ keine Maßnahme notwendig

☐ Präventionsmaßnahme

☐ ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung

☐ stationäre Behandlung

- ☐ Krankenhausbehandlung
- ☐ Rehabilitation

☐ andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

☐ Abklärung beim
- ☐ Hausarzt
- ☐ Facharzt für _____

☐ ambulante Psychotherapie

- ☐ Analytische Psychotherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie

MUSTER

nähere Angaben zu den Empfehlungen

_____

_____

_____

☐ Die psychotherapeutische Behandlung kann **NICHT** in dieser Praxis durchgeführt werden

☐ Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

Ihr nächster Termin ***(Datum, Uhrzeit)***

_ _ _ _ _ _ , _ _ : _ _

Ausstellungsdatum

_ _ _ _ _ _

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes

_____

Straße

_____

PLZ _ _ _ _ _ Ort _____

Datum

_ _ _ _ _ _

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Therapeuten

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Anzeige der Akutbehandlung / Beendigung einer Psychotherapie

PTV 12

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Anzeige einer Akutbehandlung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Versicherten-Nr.

Name und Anschrift der Krankenkasse

☐ Anzeige einer Akutbehandlung

Beginn am

Diagnose(n) ICD-10 - GM endstellig | ICD-10 - GM endstellig | ICD-10 - GM endstellig

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

MUSTER

Erklärung des Patienten bei Anzeige einer Akutbehandlung

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ ja, und zwar am ____ und ggf. am ____

☐ nein ***(Wenn nein, bitte Folgendes angeben)***

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Therapeut die obigen Angaben zu meiner Person sowie Angaben zur Diagnose und zum Beginn der Behandlung meiner Krankenkasse mitteilt.

Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

☐ Anzeige des Behandlungsendes einer Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie

Behandlungsende am ____ mit ____ Therapieeinheiten

☐ eine Rezidivprophylaxe wird durchgeführt

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Ausfertigung für die Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Name und Anschrift der Krankenkasse

Anzeige der Akutbehandlung / Beendigung einer Psychotherapie

PTV 12

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Anzeige einer Akutbehandlung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Versicherten-Nr.

☐ Anzeige einer Akutbehandlung

Beginn am

Diagnose(n) ICD-10 - GM endstellig | ICD-10 - GM endstellig | ICD-10 - GM endstellig

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

MUSTER

Erklärung des Patienten bei Anzeige einer Akutbehandlung

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ ja, und zwar am _____ und ggf. am _____

☐ nein ***(Wenn nein, bitte Folgendes angeben)***

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Therapeut die obigen Angaben zu meiner Person sowie Angaben zur Diagnose und zum Beginn der Behandlung meiner Krankenkasse mitteilt.

Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

☐ Anzeige des Behandlungsendes einer Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie

Behandlungsende am _____ mit _____ Therapieeinheiten

☐ eine Rezidivprophylaxe wird durchgeführt

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Ausfertigung für den Versicherten bei Anzeige einer Akutbehandlung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Name und Anschrift der Krankenkasse

Anzeige der Akutbehandlung / Beendigung einer Psychotherapie

PTV 12

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei Anzeige einer Akutbehandlung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ | Ort

Versicherten-Nr.

☐ Anzeige einer Akutbehandlung

Beginn am

Diagnose(n) ICD-10 - GM endstellig | ICD-10 - GM endstellig | ICD-10 - GM endstellig

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

MUSTER

Erklärung des Patienten bei Anzeige einer Akutbehandlung

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

☐ ja, und zwar am _____ und ggf. am _____

☐ nein ***(Wenn nein, bitte Folgendes angeben)***

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Therapeut die obigen Angaben zu meiner Person sowie Angaben zur Diagnose und zum Beginn der Behandlung meiner Krankenkasse mitteilt.

Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

☐ Anzeige des Behandlungsendes einer Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie

Behandlungsende am _____ mit _____ Therapieeinheiten

☐ eine Rezidivprophylaxe wird durchgeführt

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift des Therapeuten

Ausfertigung für den Therapeuten