



**Fortbildung für Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten
„Soldatinnen und Soldaten in der Bundeswehr – Dienst,
Einsatz und Belastungen“**

Luftwaffenkaserne Köln-Wahn, 51147 Köln 11.10.2017

**Heilbehandlung für die Bundeswehr
Beantragung - Verlängerung - Abrechnung**



- **Einführung**
- **Antrag und Genehmigung**
 - Probatorische Sitzungen
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
 - Verlängerung
- **Abrechnung**



- **Einführung**
- Antrag und Genehmigung
 - Probatorische Sitzungen
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
 - Verlängerung
- Abrechnung
- Diskussion / Fragen



Truppenarzt

⚕ Psychotherapeut Ψ

Wehrpsychiater



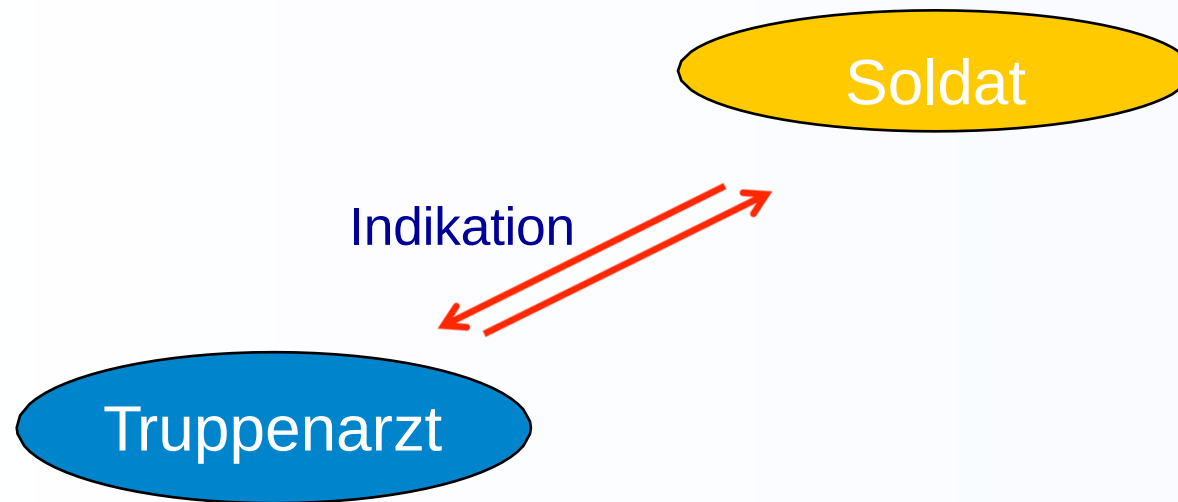
BAPersBw
Referat PA 3

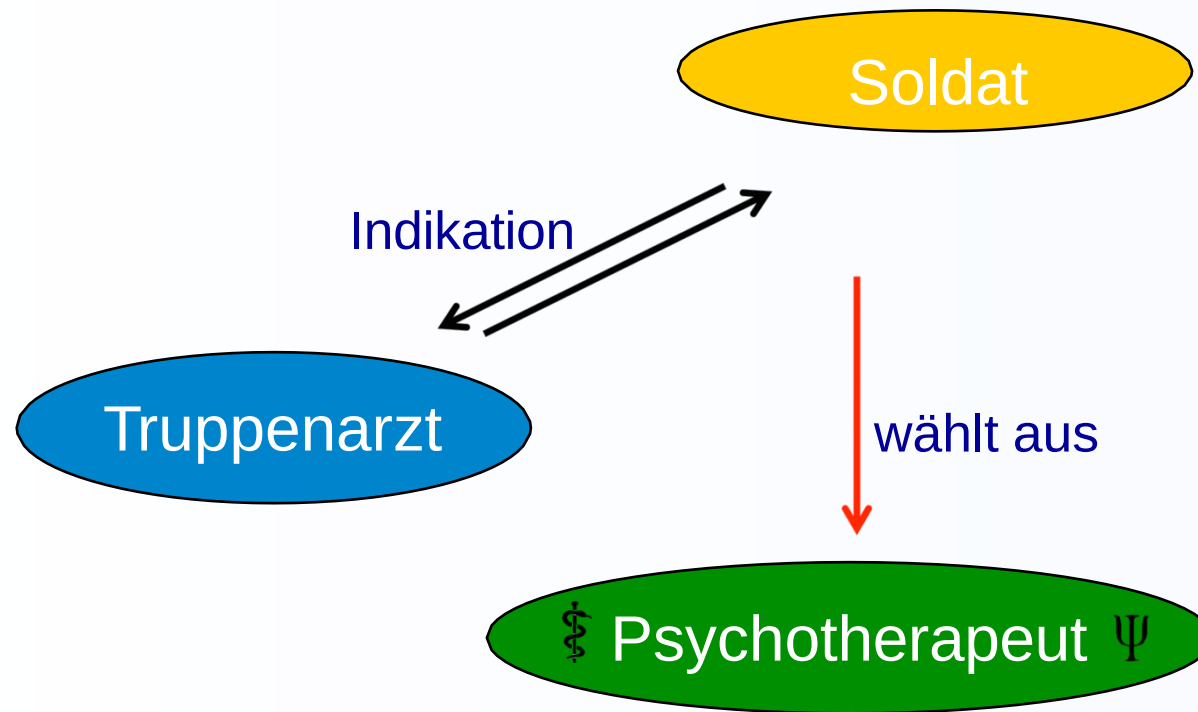
Heilfürsorgeabrechnung

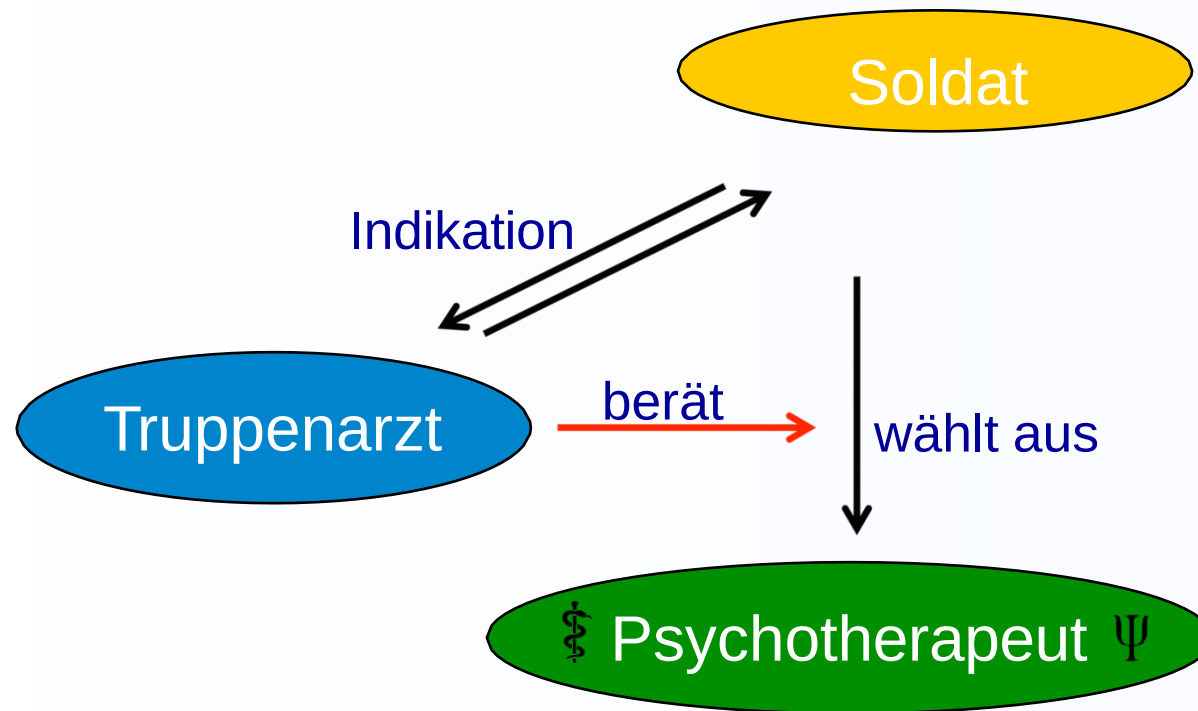
Kdo RegSanUstg
G3.2.1
Heilverfahren

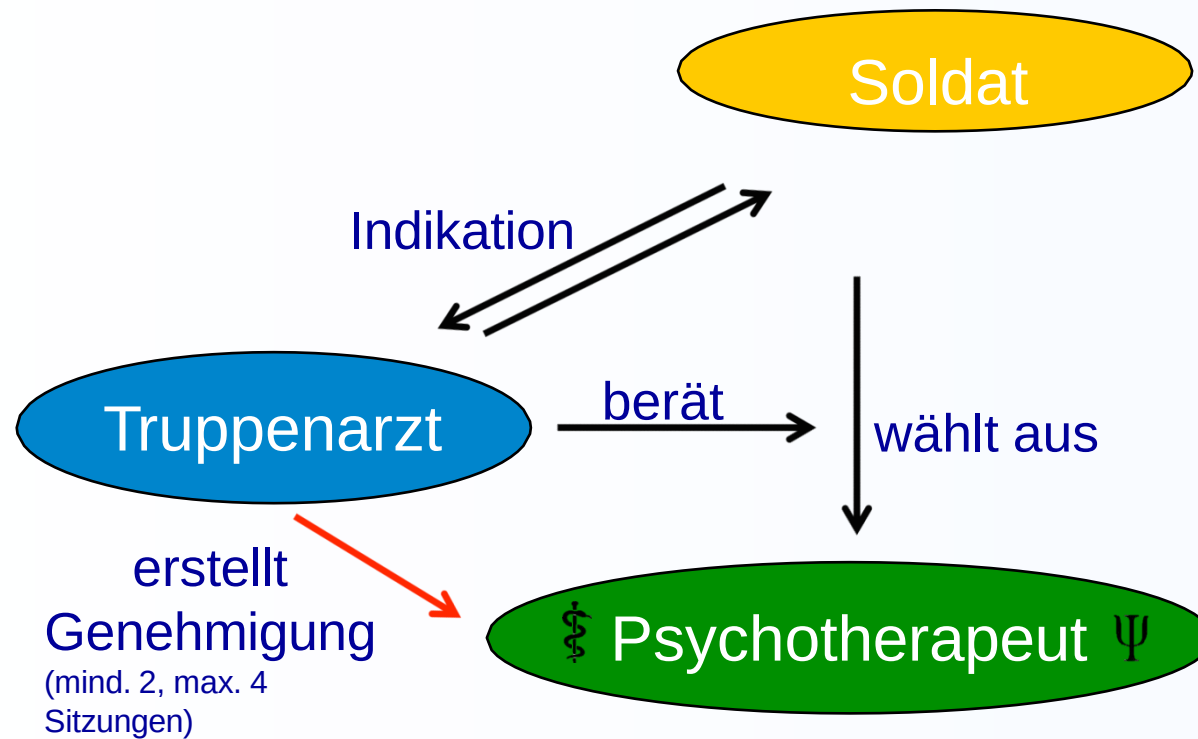


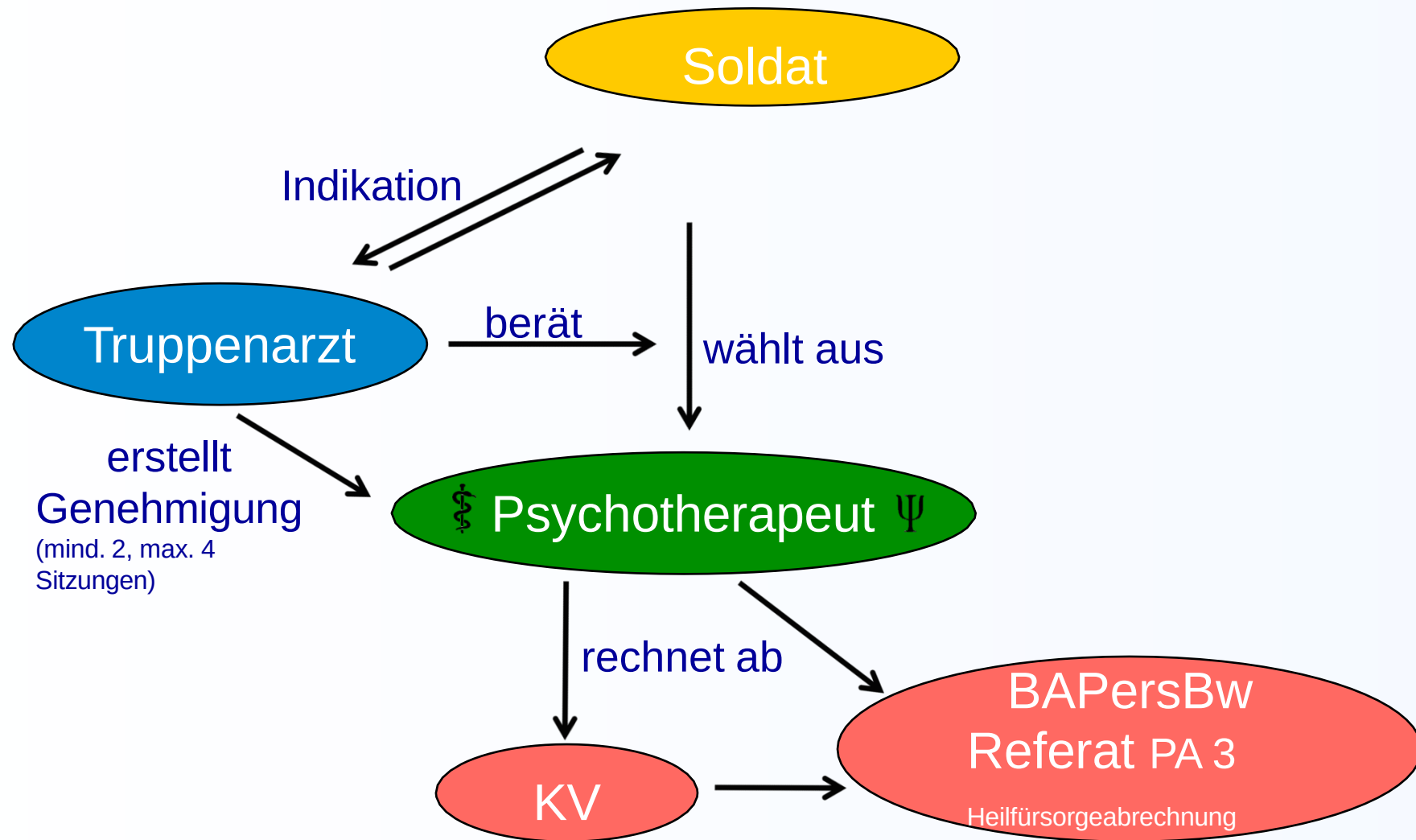
- Einführung
- **Antrag und Genehmigung**
 - Probatorische Sitzungen
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
 - Verlängerung
- Abrechnung
- Diskussion / Fragen





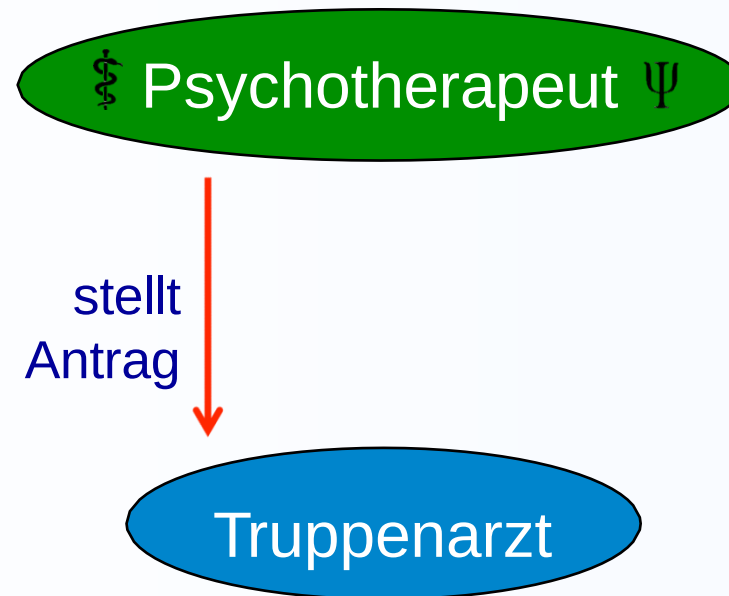


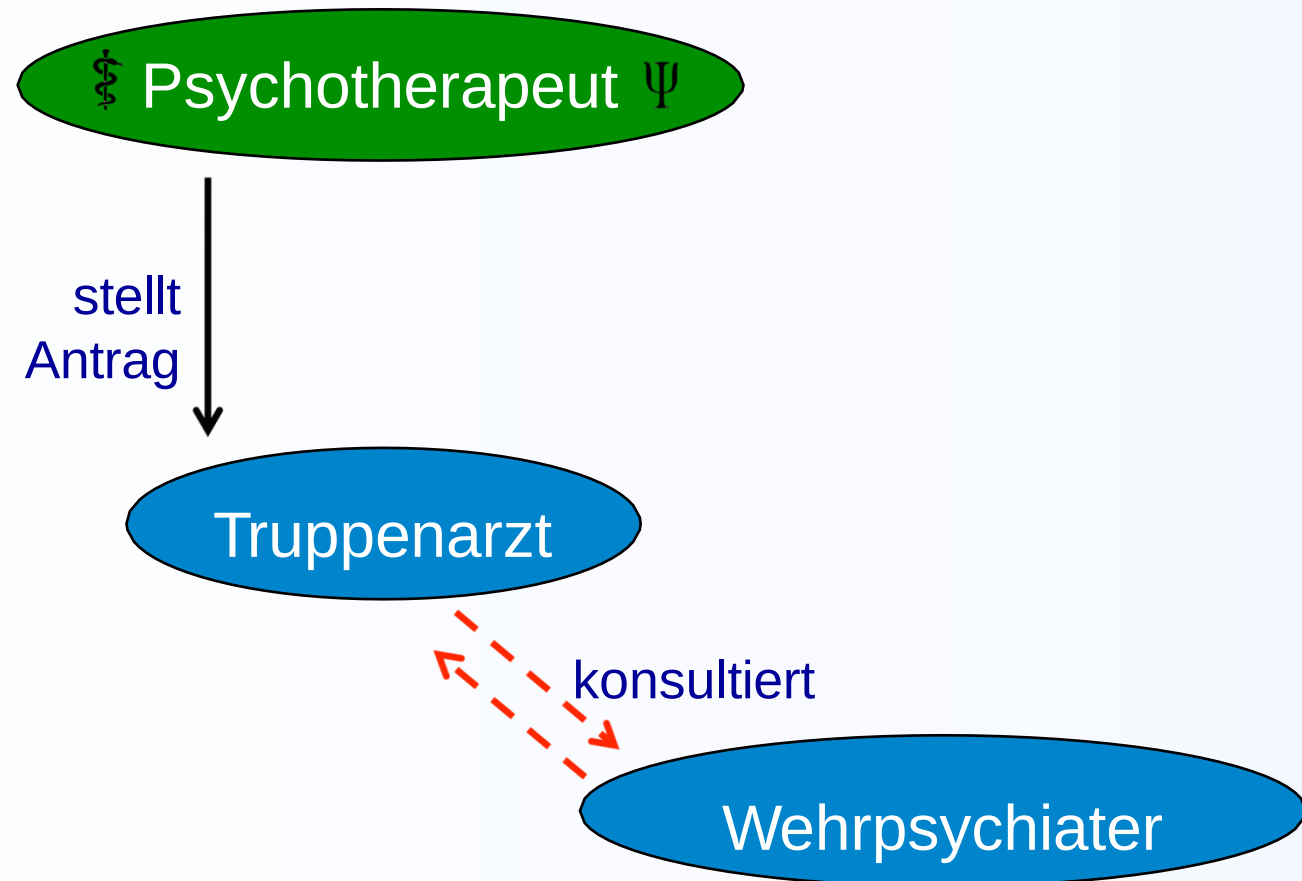


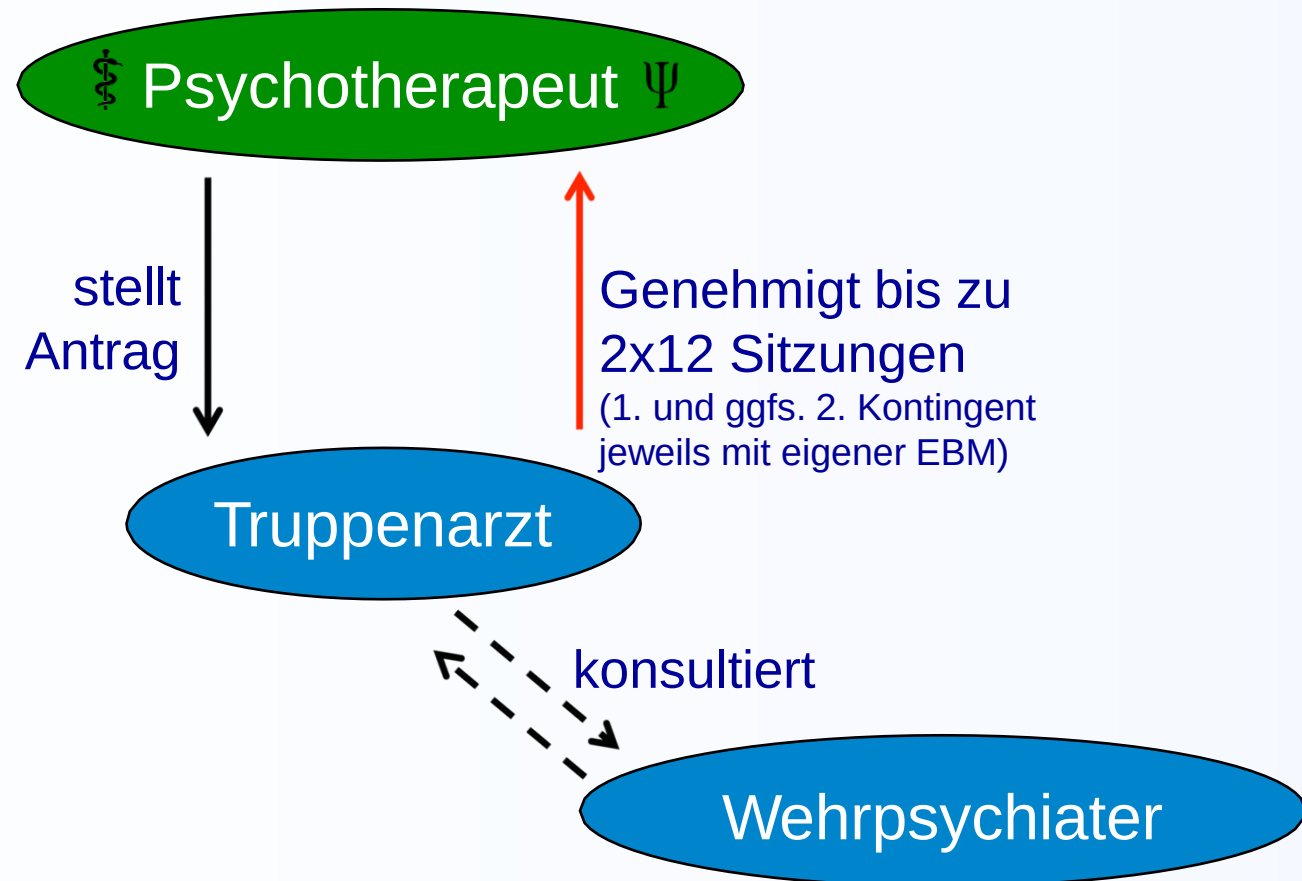


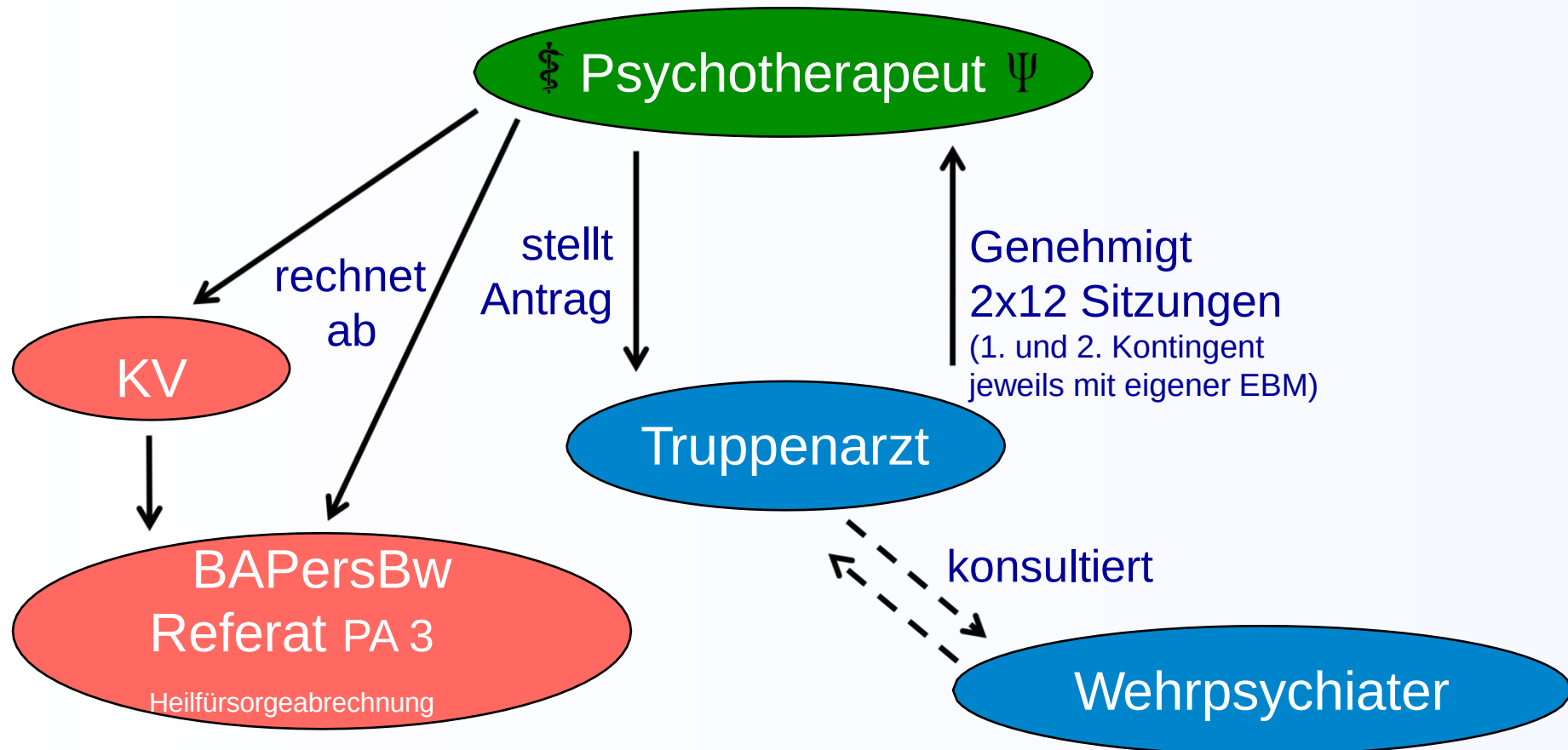


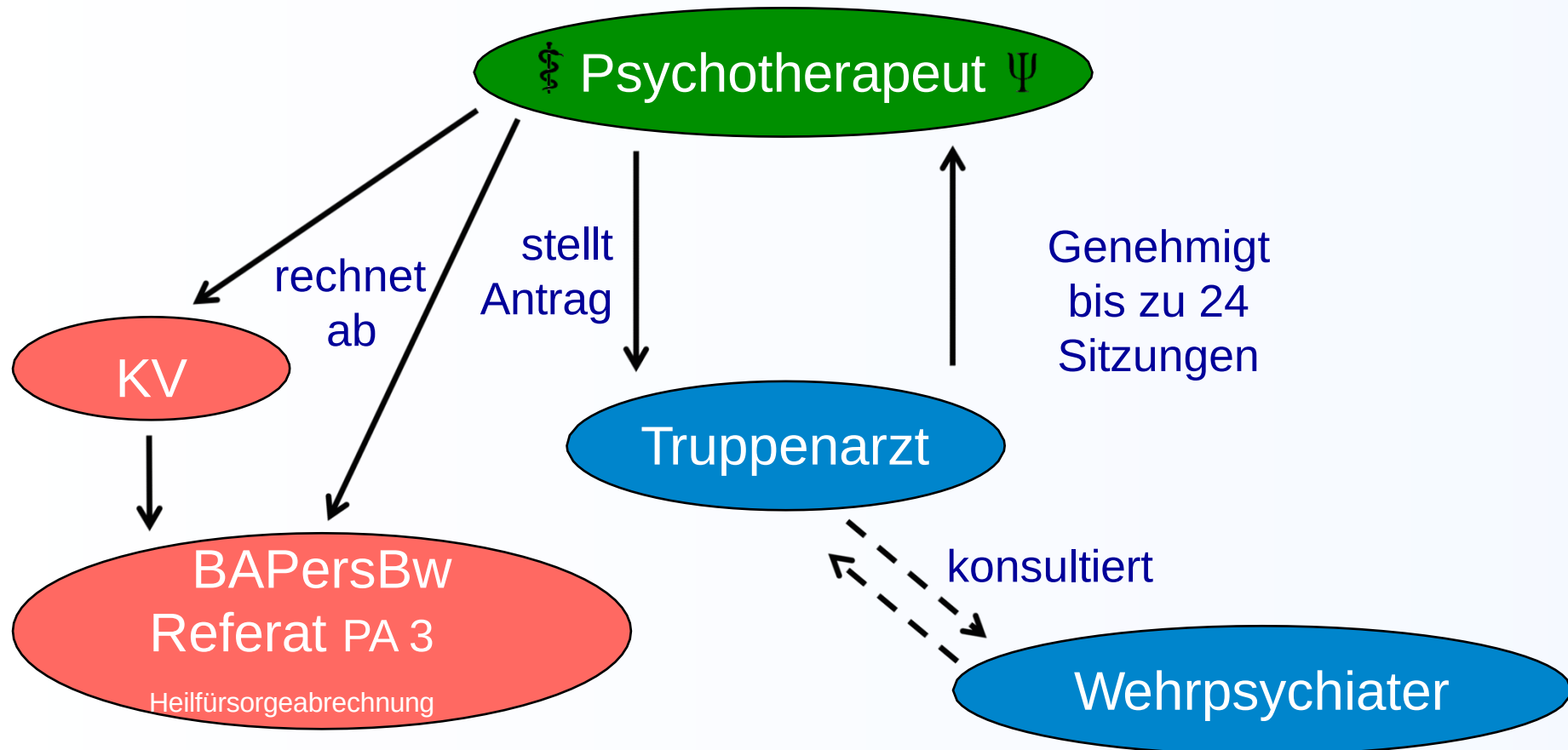
Psychotherapeut Ψ

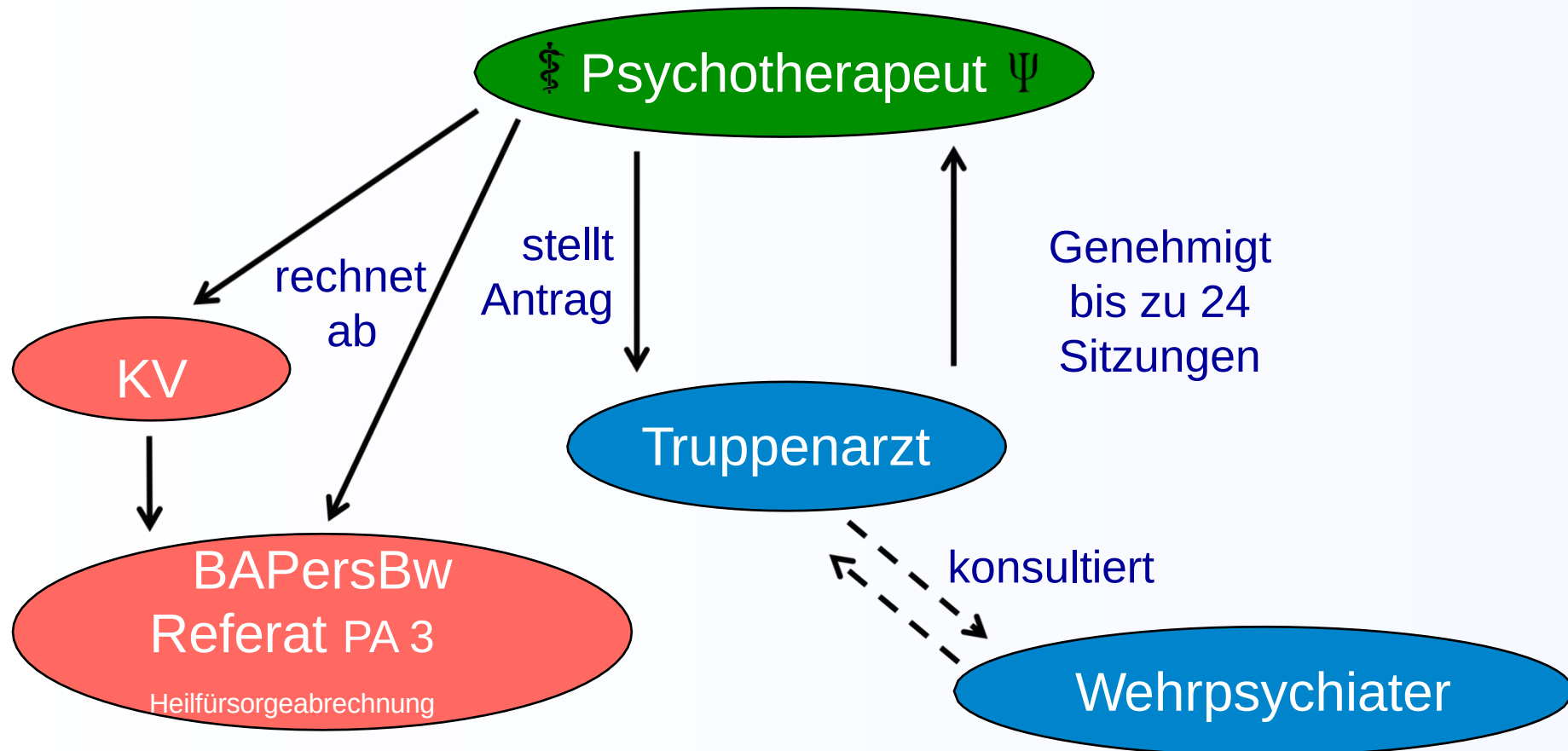












dient der zeitnahen Intervention und stellt keinen Ersatz für eine Dauertherapie (Kurzzeittherapie=KZT/Langzeittherapie=LZT) dar

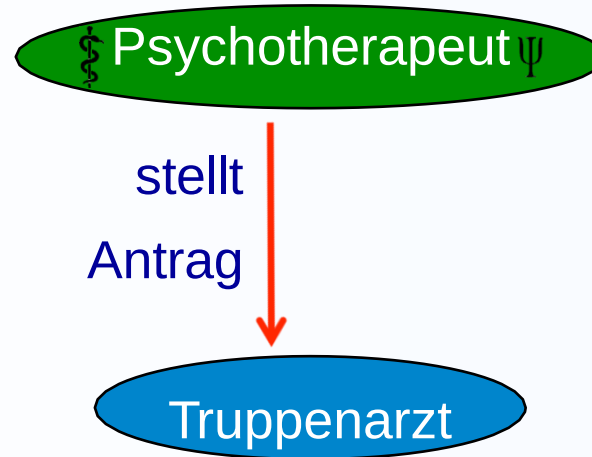


Umwandlung KZT → LZT

§ Psychotherapeut Ψ

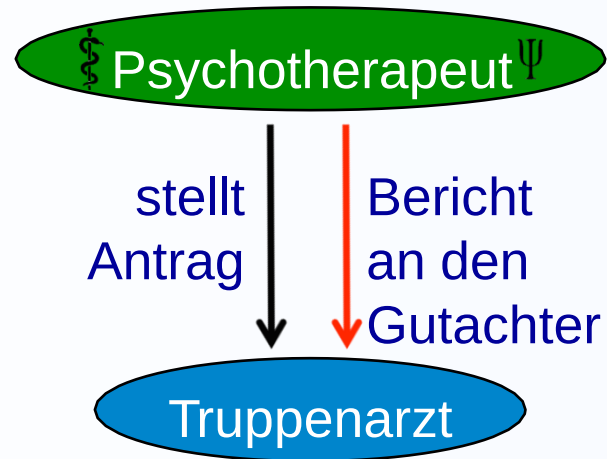


Umwandlung KZT → LZT



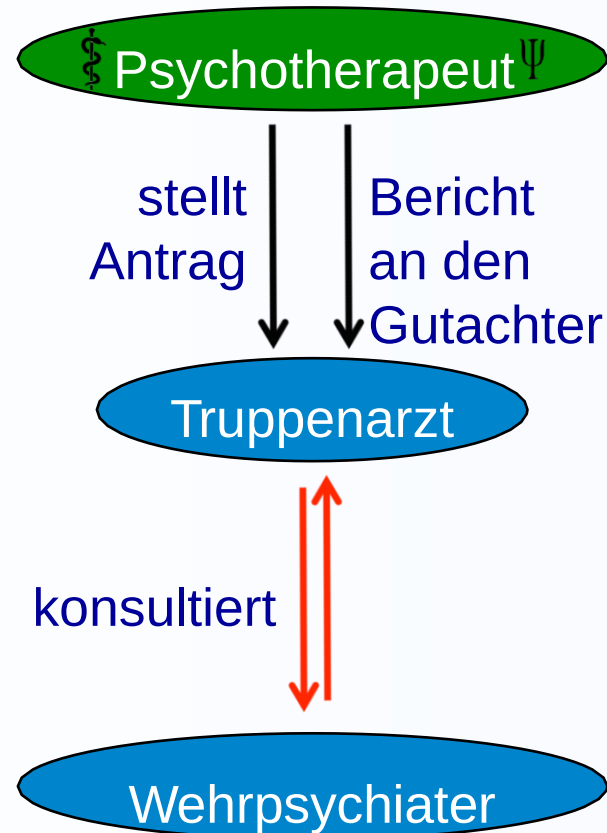


Umwandlung KZT → LZT



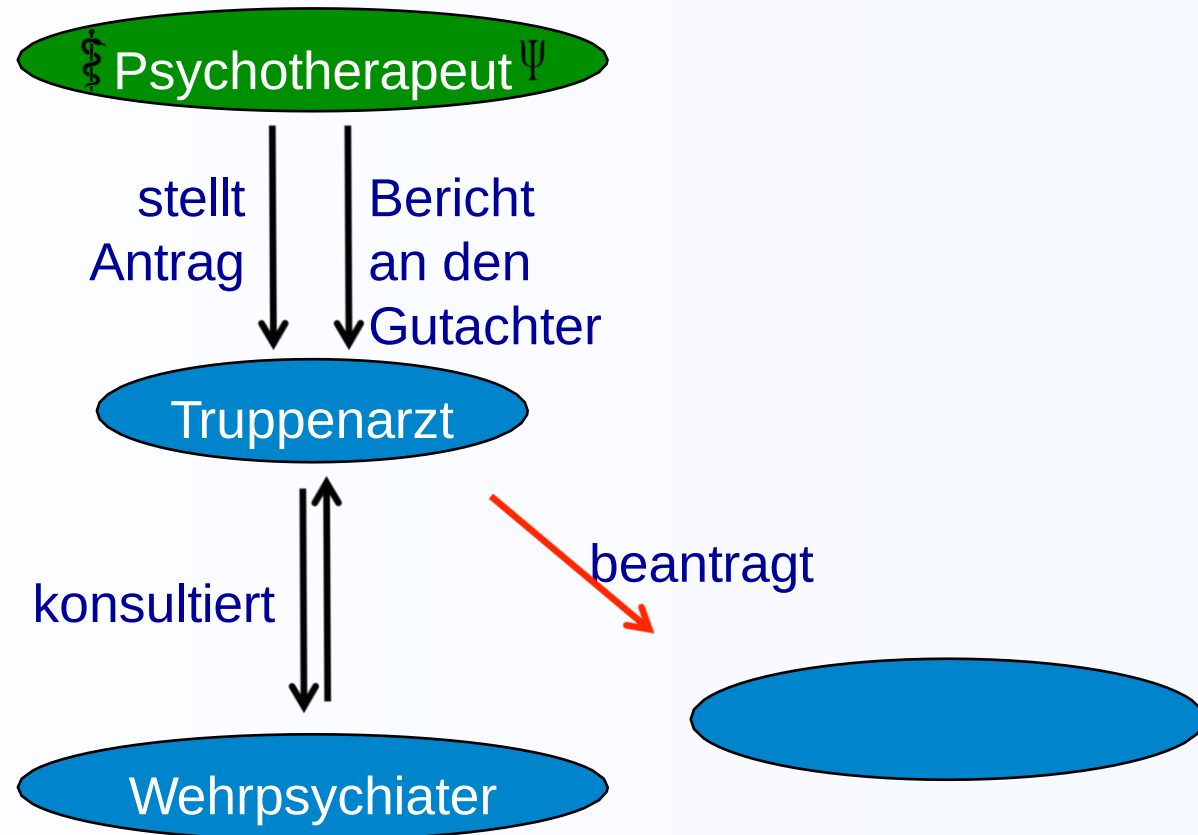


Umwandlung KZT → LZT



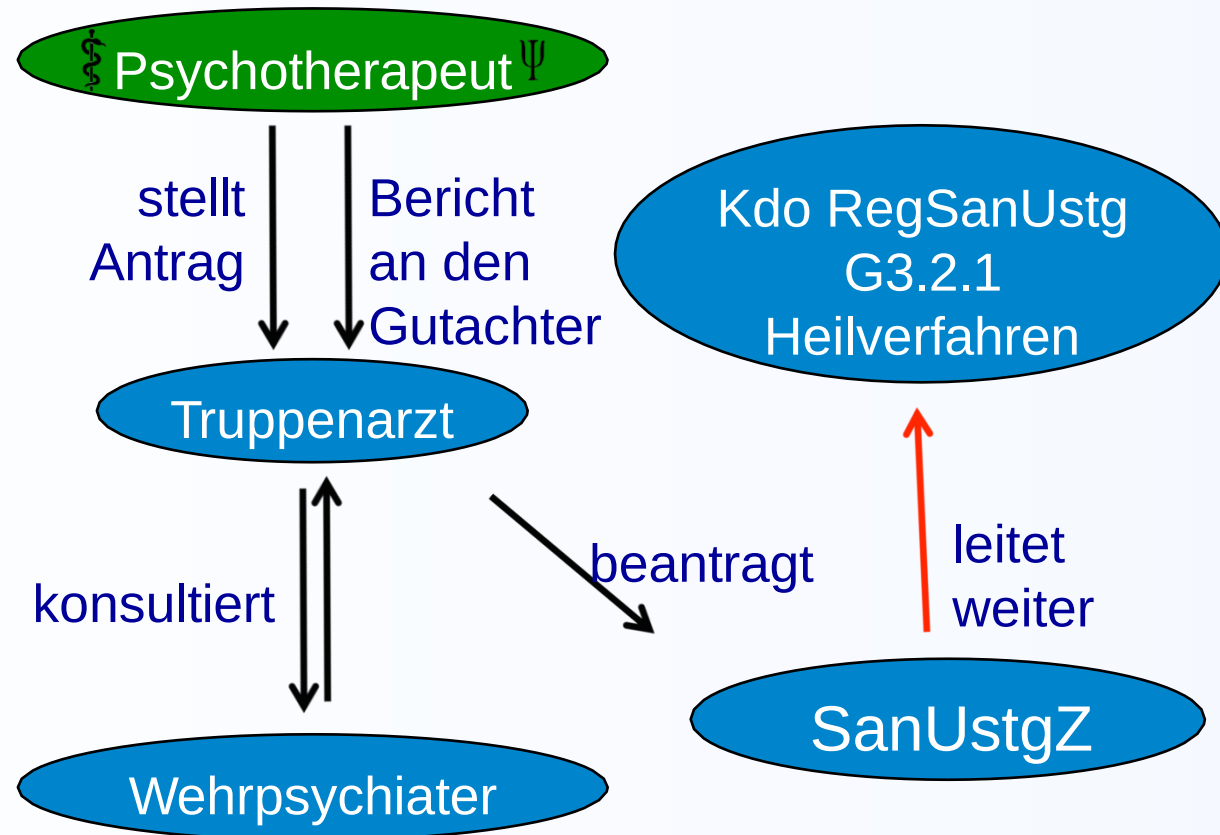


Umwandlung KZT → LZT



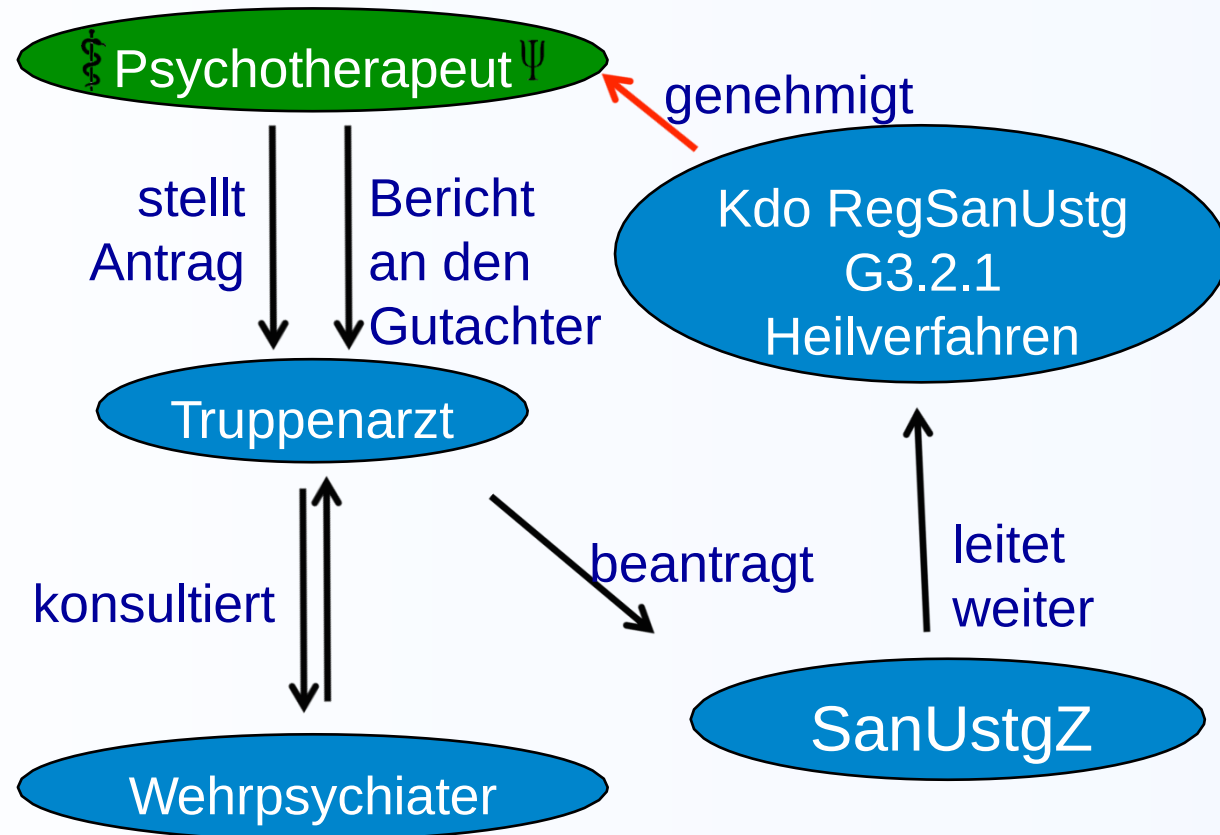


Umwandlung KZT → LZT



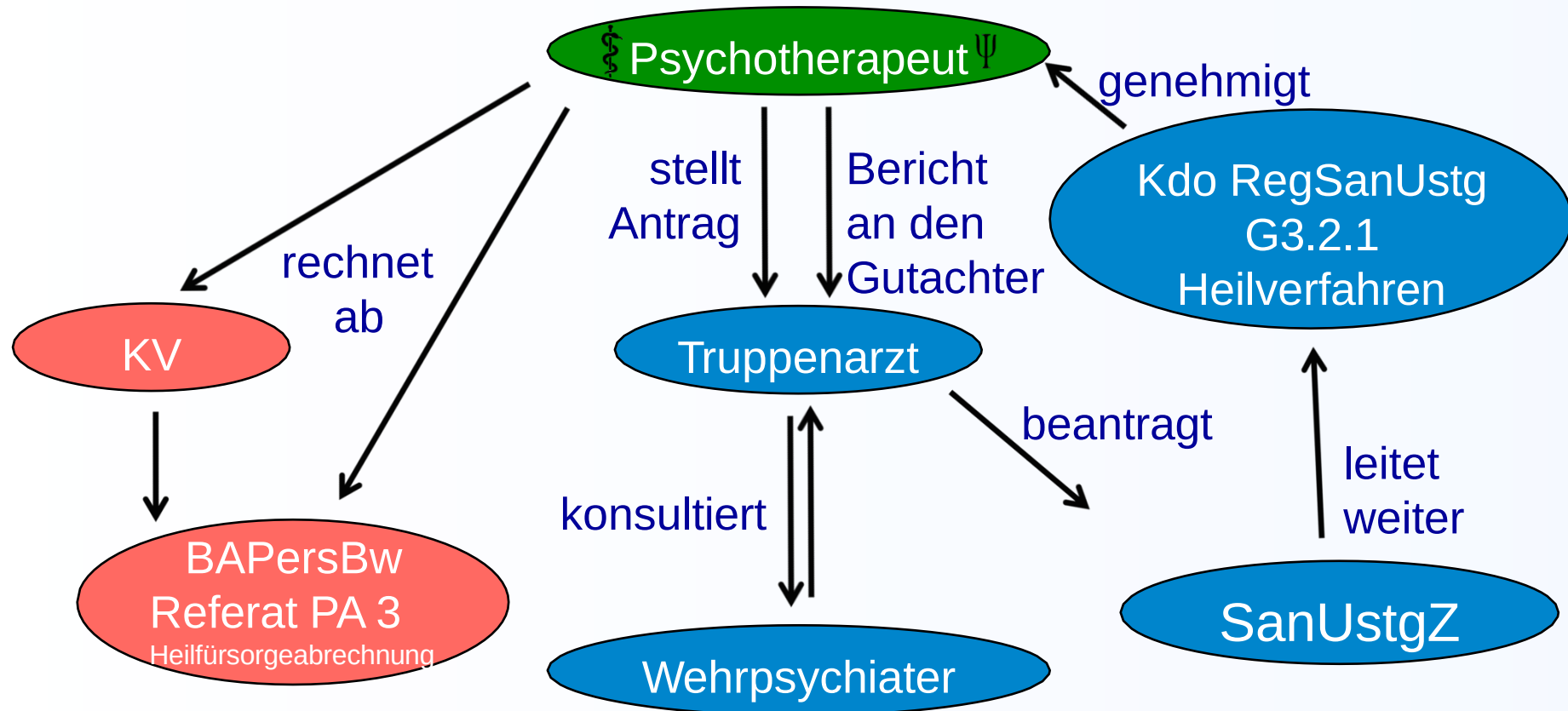


Umwandlung KZT → LZT



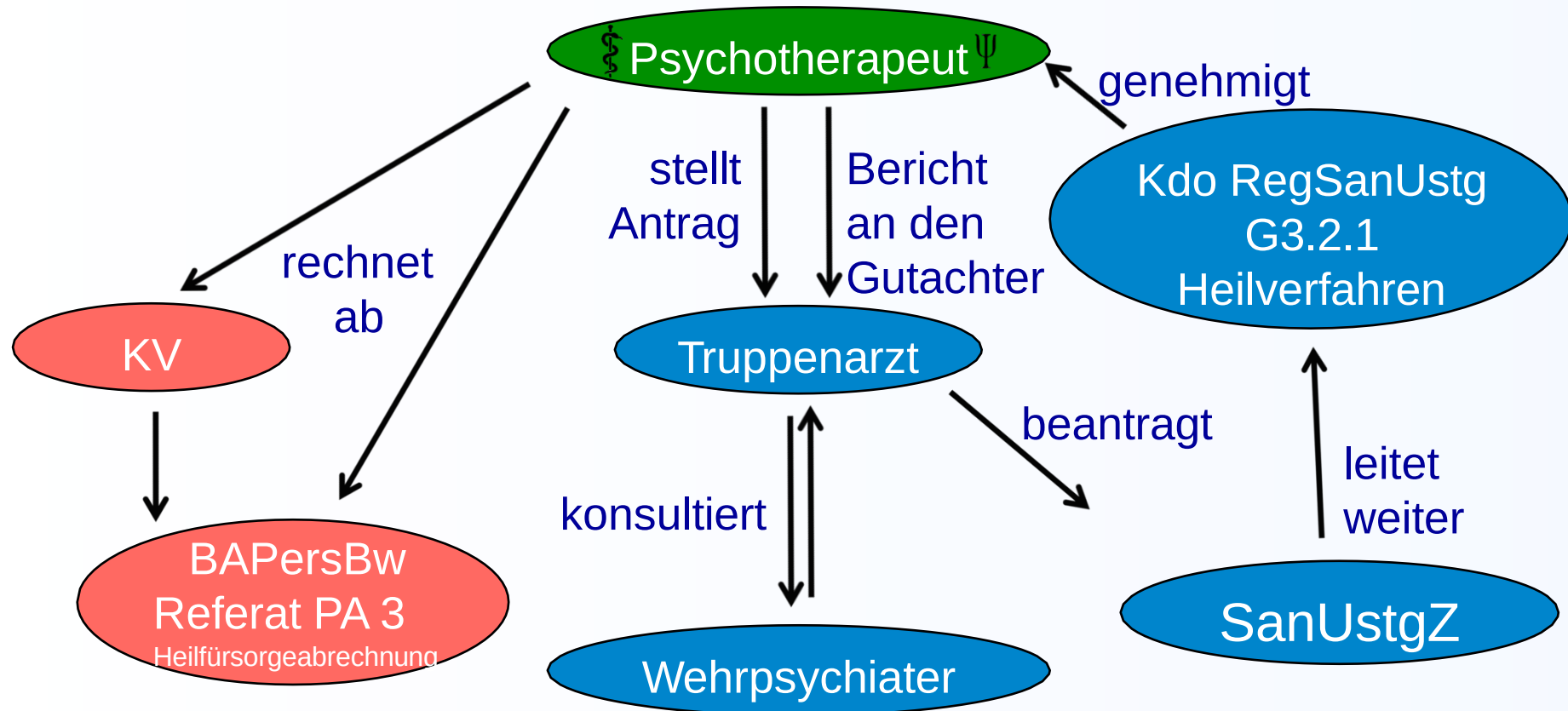


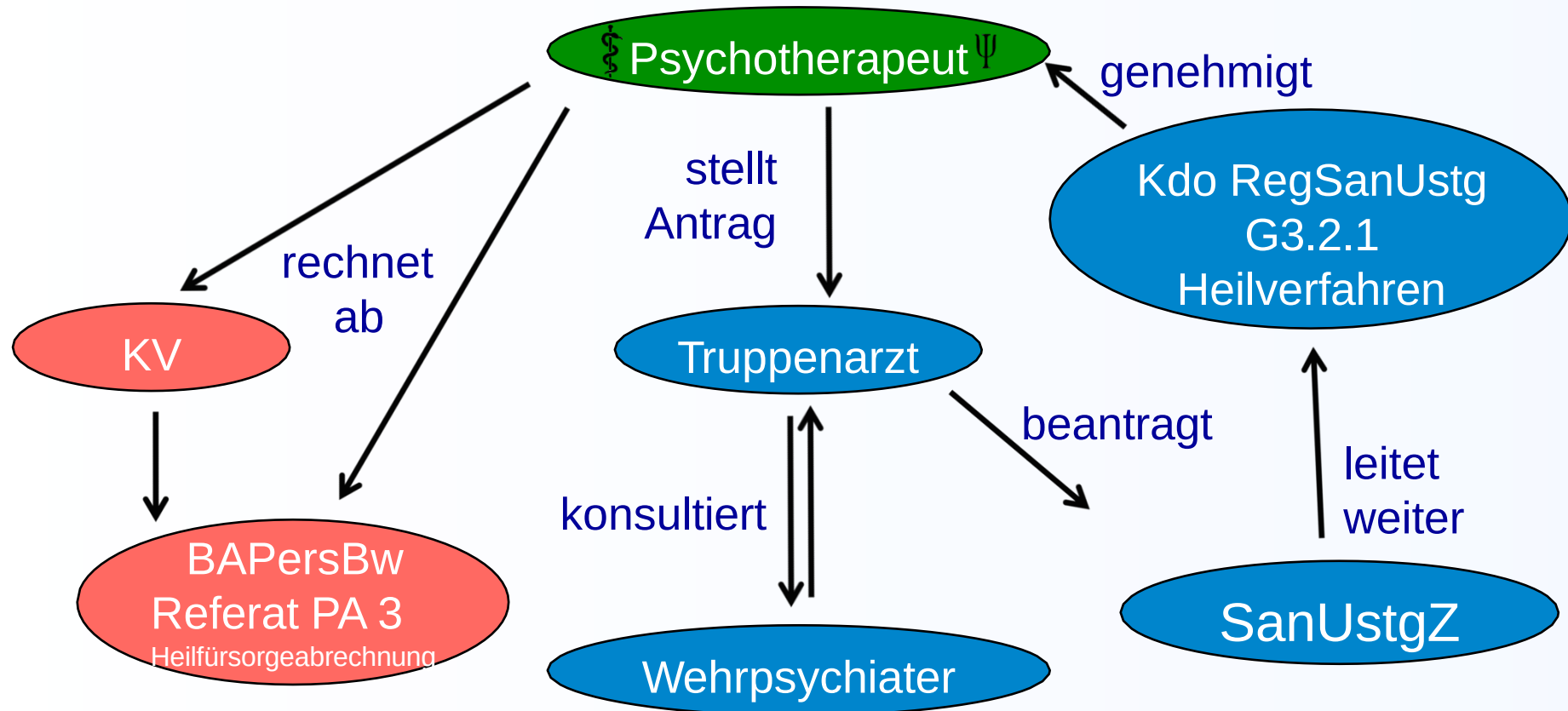
Umwandlung KZT → LZT





Erstantrag LZT







- Einführung
- Antrag und Genehmigung
 - Probatorische Sitzungen
 - Kurzzeittherapie
 - Langzeittherapie
 - Verlängerung
- **Abrechnung**
- Diskussion / Fragen



Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217
→ Truppenarzt



(EBM)

 Bundeswehr		Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3
1 Personenkennziffer 		Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus. Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) vom (Datum) bis (Datum)
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein		
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr. 		Fachgebiet 		
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) 				
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 				
4 Überweisung zur a) ☐ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ ☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)				
b) ☐ zur Konsiliaruntersuchung c) ☐ zur Mitbehandlung d) ☐ zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3 e) ☐ zur ambul. Operation in der Arztpraxis				
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach ☐ Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) ☐ Nr. 01621 (Krankheitsbericht) ☐ Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) ☐				
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐				
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon) 		(Ort, Datum) 		Verteiler: ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung) 		
– Ohne Unterschrift ungültig –				



(EBM)

—	Quartal	Diagnosen (ggf Abrechnungsbegründungen)				EBM	
	/ 20						
	Tag		Tag		Tag		LfdNr:
							Bundeswehr
SanBw/0217/V (Bw-2535/V-07.05)							(Stempel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes)



Erstes Quartal

 Bundeswehr		Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3 Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus. Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) vom (Datum) bis (Datum)	
1 Personenkennziffer 		Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.			
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein			
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr. 		Fachgebiet 			
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) 					
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 					
4 Überweisung zur a) ☒ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ ☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum) _____ Ambulante Psychotherapie: 25 x [EBM od. Behandlungsverfahren ausformuliert] einschließlich flankierender Ziffern					
b) ☐ zur Konsiliaruntersuchung c) ☐ zur Mitbehandlung d) ☐ zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3 e) ☐ zur ambul. Operation in der Arztpraxis f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach ☐ Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) ☐ Nr. 01621 (Krankheitsbericht) ☐ Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) ☐					
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐					
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon) 		(Ort, Datum) 		Verteiler: ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr	
(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung) 		– Ohne Unterschrift ungültig –			



Erstes Quartal

 Bundeswehr		Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3	
		Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd Kalendervierteljahr hinaus. Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) vom (Datum) bis (Datum)	
1 Personenkennciffer					
Name, Vorname		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht			
		☐ Ja ☐ Nein			
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr.		Fachgebiet			
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)					

Überweisung zur

☒ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/

☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)

Ambulante Psychotherapie: 25 x [EBM od. Behandlungsverfahren ausformuliert] einschließlich flankierender Ziffern

b) ☐ zur Konsiliaruntersuchung	c) ☐ zur Mitbehandlung	d) ☐ zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3	e) ☐ zur ambul. Operation in der Arztpraxis
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach			
☐ Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung)	☐ Nr. 01621 (Krankheitsbericht)	☐ Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief)	☐
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a Diagnose (Feld 3)			
☐			
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)		(Ort, Datum)	
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)	
– Ohne Unterschrift ungültig –			

Verteiler:

- ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung
- ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte)
- ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr



Folgequartal

X Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Überweisungsschein vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers] Bundeswehr		Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3 Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus.
Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.		Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) vom (Datum) bis (Datum)		
1 Personenkennziffer 				
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein		
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr. 		Fachgebiet 		
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) 				
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 				
4 Überweisung zur a) ☐ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ ☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum) _____ 				
b) ☐ zur Konsiliaruntersuchung c) ☐ zur Mitbehandlung d) ☐ zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3 e) ☐ zur ambul. Operation in der Arztpraxis				
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach ☐ Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) ☐ Nr. 01621 (Krankheitsbericht) ☐ Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) ☐				
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐				
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon) 		(Ort, Datum) (Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung) 		
		Verteiler: ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr		
– Ohne Unterschrift ungültig –				



Folgequartal

 Bundeswehr		Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3 Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus. Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) vom (Datum) bis (Datum)	
1 Personenkennziffer 		Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.			
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein			
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr. 		Fachgebiet 			
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) 					
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 					
Überweisung zur ☒ Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ ☐ Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum) _____ Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Überweisungsschein vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]					
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach ☐ Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) ☐ Nr. 01621 (Krankheitsbericht) ☐ Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) ☐					
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐					
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon) 		(Ort, Datum) 		Verteiler: ☐ Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung ☐ Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) ☐ Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr	
– Ohne Unterschrift ungültig –					



Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217
→ Truppenarzt
- Antrag LZT: Behandlungsausweis
→ Kdo RegSanUstg G3.2.1



**Wird immer durch
Kdo RegSanUstg
G3.2.1 ausgestellt !**



Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217
→ Truppenarzt
- Antrag LZT: Behandlungsausweis
→ Kdo RegSanUstg G3.2.1

Therapeut ohne Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0218
→ Truppenarzt



GOÄ/ GOP

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer 		vom (Datum) bis (Datum)	
Name, Vorname		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) Fachgebiet		PLZ, Ort, Straße	
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) ☐			
b) Konsiliar-untersuchung ☐ c) Mitbehandlung ☐ d) amtsärztlichen Untersuchung ☐ e) Operation ☐			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht ☐ Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung ☐ Nr.			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐ b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐ c) AHB ☐			
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon		PLZ, Ort, Datum	
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr		-Ohne Unterschrift ungültig-	
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04)		VersNr 7530-12-323-5758	

Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.



Erstes Quartal

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer 		vom (Datum) bis (Datum)	
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) 		Fachgebiet 	
PLZ, Ort, Straße 			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) ☒ Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert] zum 2,0 fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern			
b) Konsiliar- untersuchung ☐ c) Mitbehandlung ☐ d) amtsärztlichen Untersuchung ☐ e) Operation ☐			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht ☐ Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung ☐ Nr.			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐ b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐ c) AHB ☐			
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon 		PLZ, Ort, Datum 	
		Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr 	
–Ohne Unterschrift ungültig–			
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.			



Erstes Quartal

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer 		vom (Datum) bis (Datum)	
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) 		Fachgebiet 	
PLZ, Ort, Straße 			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 			

4 Überweisung zur ambulanten
a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)
☒ Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert] zum 2,0 fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern

Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht ☐		Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung ☐		Nr.	
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐					
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐ b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐ c) AHB ☐					
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus					
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung					
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon 			PLZ, Ort, Datum 		
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr 					
–Ohne Unterschrift ungültig–					



Folgequartale

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer 		vom (Datum) bis (Datum)	
Name, Vorname 		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) 		Fachgebiet 	
PLZ, Ort, Straße 			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf 			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) ☒ Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Kostenübernahmeerklärung vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]			
b) Konsiliar-untersuchung ☐ c) Mitbehandlung ☐ d) amtsärztlichen Untersuchung ☐ e) Operation ☐			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht ☐ Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung ☐ Nr.			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) ☐			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen ☐ b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen ☐ c) AHB ☐			
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon 		PLZ, Ort, Datum 	
		Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr 	
–Ohne Unterschrift ungültig–			
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.			



Folgequartale

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer		vom (Datum)	bis (Datum)
Name, Vorname		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht ☐ Ja ☐ Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt)		Fachgebiet	
PLZ, Ort, Straße			

4 Überweisung zur ambulanten

a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)

☒ Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Kostenübernahmeerklärung vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]

☐ Untersuchung	☐ Untersuchung	☐ Untersuchung
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ		
Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht	Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung	Nr. _____
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3)		
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung		
a) Allgemeine Krankenhausleistungen	b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen	c) AHB
Hinweis: Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus		
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung		
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon		PLZ, Ort, Datum
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr		
–Ohne Unterschrift ungültig–		



Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217
→ Truppenarzt
- Antrag LZT: Behandlungsausweis
→ Kdo RegSanUstg G3.2.1

Therapeut ohne Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0218
→ Truppenarzt
- Antrag LZT:
 1. Genehmigungsschreiben → Kdo RegSanUstg G3.2.1
 2. SanBw 0218 → Truppenarzt



Ihr erster
Ansprechpartner:
Der Truppenarzt !



Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung G3.2.1		65582 Diez, Schloss Oranienstein FspNBw Tel Fax	24.11.201 90-4451-238 06432-940-238 -239
Az 42-75-61 Listen-Nr: P 1900/0001 (bitte angeben)			
Sanitätszentrum Musterstadt - Heilfürsorge -		Musterstraße 1 12345 Musterstadt	
Dipl. Psych. Mustermann		Musterstraße 2 12345 Musterstadt	
Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie			
Name, Vorname, Dienstgrad		Personenkennziffer	
Einheit und Standort		Dienstzeitende (Datum)	
Anzahl der Behandlungen <u>50</u> x <u>870</u> GOP zum 2,0-fachen Satz einschließlich flankierender			
Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis <u>19.02.2015</u>			
Vermerk für den/die Therapeuten/in:			
Bei der Abrechnung ist ein Exemplar dieser Genehmigung zusammen mit der Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) des Truppenarztes bei dem Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) Referat I 2.3.5, Prötzel Chaussee 25, 15344 Strausberg , einzureichen. Die Abrechnung richtet sich nach der Vereinbarung mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) vom 09.09.2013.			
Vermerk für den Truppenarzt:			
Der o. g. Zeitraum der Gültigkeit ist in die Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) im Feld abweichende Gültigkeitsdauer zu übernehmen.			
Im Auftrag		Diese Genehmigung verliert mit dem Dienstzeitende des Soldaten ihre Gültigkeit, was auch für den Fall gilt, dass der Soldat nach dem Personalstärkegesetz vorzeitig aus der Bundeswehr ausscheidet.	
Verteiler: 1. – 2. Ausf. Ziv. Einrichtung 3. Ausf. TrArzt 4. Ausf. Kdo RegSanUstg			

Ihre Abrechnungsstelle:
Das BAPersBw !



**Wird immer durch
Kdo RegSanUstg
G3.2.1 ausgestellt !**



Ihr erster
Ansprechpartner:
Der Truppenarzt !



Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung G3.2.1 Az 42-75-61 Listen-Nr: P 1900/0001 (bitte angeben)		65582 Diez, 24.11.201 Schloss Oranienstein FspNBw 90-4451-238 Tel 06432-940-238 Fax -239
Sanitätszentrum Musterstadt - Heilfürsorge - Dipl. Psych. Mustermann		Musterstraße 1 12345 Musterstadt Musterstraße 2 12345 Musterstadt
Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie		
Name, Vorname, Dienstgrad Einheit und Standort		Personenkennziffer Dienstzeitende (Datum)
Anzahl der Behandlungen <u>50</u> x <u>870</u> GOP zum 2,0-fachen Satz einschließlich flankierender Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis <u>19.02.2015</u>		
Vermerk für den/die Therapeuten/in: Bei der Abrechnung ist ein Exemplar dieser Genehmigung zusammen mit der Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) des Truppenarztes bei dem Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) Referat I 2.3.5, Prötzeler Chaussee 25, 15344 Strausberg , einzureichen. Die Abrechnung richtet sich nach der Vereinbarung mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 09.09.2013.		
Im Auftrag		Diese Genehmigung verliert mit dem Dienstzeitende des Soldaten ihre Gültigkeit, was auch für den Fall gilt, dass der Soldat nach dem Personalstärkegesetz vorzeitig aus der Bundeswehr ausscheidet.
Verteiler: 1. - 2. Ausf. Ziv.Einrichtung 3. Ausf. TrArzt 4. Ausf. Kdo RegSanUstg		

Wird immer durch
Kdo RegSanUstg
G3.2.1 ausgestellt !

Ihre Abrechnungsstelle:
Das BAPersBw !

Ohne Formblatt
SanBw 0218
keine Abrechnung !



Bundesamt für das Personalmanagement
der Bundeswehr
Referat PA 3 Heilfürsorgeabrechnung
Postfach 1149
15331 Strausberg



FTLArzt	Kreft	06432-940 -2393
OStArzt	N.N.	-2381
AN´in	Dersch	-2355
OSG	Böttcher	-2385
	FAX	-2399

Postanschrift:

Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung

G3.2.1 Kuren und besondere Heilverfahren

Schloss Oranienstein

65582 Diez