



Chiffre Patient*in

Anfangsbuchstabe
des FamiliennamensGeburtsdatum
6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

☐ Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

<input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw)	<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)	<input type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie
<input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KiJu)	<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)	<input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP)	<input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als	<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST)	<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	<input type="checkbox"/> Umwandlung	<input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)	<input type="checkbox"/> Fortführung	<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

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

Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:

☐ Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:1. Sitzung am 2. Sitzung am

Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden

☐ ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten

☐ nein

☐ noch nicht absehbar

☐ ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang

Einzelbehandlung

 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) , ,

Gruppenbehandlung

 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten) , ,

Akutbehandlung

 Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

Erklärung Therapeut*in

☐ 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

Ausfertigung Krankenkasse

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in
bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V