



Chiffre Patient*in _____

Anfangsbuchstabe des Familiennamens	Geburtsdatum 6-stellig
--	---------------------------

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

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

Psychotherapie

- für Erwachsene (Erw)
- für Kinder und Jugendliche (KiJu)
- Analytische Psychotherapie (AP)
- Systemische Therapie (ST)
- 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
 - 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 _____

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

PRF.NR.
Muster PTV 2a/E (7.2020)**Ausfertigung Krankenkasse**