

HANDBUCH BLANKOFORMU- LARBEDRUCKUNG FÜR DIE PSYCHO- THERAPIE (PTV)

[KBV_ITA_VGEX_HANDBUCH_BFB_PTV]

**KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG**

**DEZERNAT DIGITALISIERUNG UND IT
IT IN DER ARZTPRAXIS**

18. FEBRUAR 2021

VERSION: 1.36

DOKUMENTENSTATUS: IN KRAFT

INHALT

1	ÜBERSICHT	5
1.2	Diagnoseverschlüsselung	5
2	ANFORDERUNGEN ZUR BFB (PTV)	5
2.1	Zielbestimmung	5
2.2	Erstellung von Vordrucken	5
2.3	Zertifizierung	6
2.4	Prüfnummer	6
2.5	Beschriftung der Vordrucke	6
2.6	Papier	6
2.7	Erläuterung der Funktionsdarstellung	7
2.8	Zulässige BFB-Formulare	7
2.9	Formulare als Druck-Dateien	7
2.10	Änderungsdienst / Logistik	7
2.11	Bedruckungsvorgaben	8
3	VERBINDLICHE MUSTER	10
3.1	PTV 1: Antrag des Versicherten auf Psychotherapie	10
3.1.1	PTV 1a (7.2020)	10
3.1.2	PTV 1b (7.2020)	11
3.1.3	PTV 1c .1 (7.2020)	12
3.1.4	PTV 1c.2 (7.2020)	13
3.2	PTV 2: Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten	14
3.2.1	PTV 2a (7.2020)	14
3.2.2	PTV 2b (7.2020)	15
3.2.3	PTV 2c (7.2020)	16
3.3	PTV 11: Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde	17
3.3.1	PTV 11a (7.2020)	17
3.3.2	PTV 11b (7.2020)	18
3.4	PTV 12: Anzeige der Akutbehandlung	19
3.4.1	PTV 12a (7.2020)	19
3.4.2	PTV 12b (7.2020)	20
4	REFERENZIERTER DOKUMENTE	21

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: PTV 1a, Original: DIN A4 hoch	10
Abbildung 2: PTV 1b, Original: DIN A4 hoch	11
Abbildung 3: PTV 1c.1, Original: DIN A4 hoch	12
Abbildung 4: PTV 1c.2, Original: DIN A4 hoch	13
Abbildung 5: PTV 2a, Original: DIN A4 hoch	14
Abbildung 6: PTV 2b, Original: DIN A4 hoch	15
Abbildung 7: PTV 2c, Original: DIN A4 hoch	16
Abbildung 8: PTV 11a, Original: DIN A4 hoch	17
Abbildung 9: PTV 11bc, Original: DIN A4 hoch	18
Abbildung 10: PTV 12a, Original: DIN A4 hoch	19
Abbildung 11: PTV 12b, Original: DIN A4 hoch	20

DOKUMENTENHISTORIE

Die Änderung der Version 1.36 tritt zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Version	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
1.36	18.02.2021	KBV	Klarstellung der Bedruckung des verkürzten Personalienfelds		6 8
1.35	25.03.2020	KBV	geändertes Layout Aktualisierung der Vorlagen für das Muster PTV1, PTV2, PTV11 und PTV12 Klarstellung der Anforderung P2.11-20	Verbesserung der Verständlichkeit	Alle 10ff 8
1.34	13.08.2019	KBV	Aufnahme der Anforderung	Verbesserung des Ausgabeformates für Datumsangaben auf BFB-Mustern	9
1.33	14.08.2018	KBV	Aktualisierung der Vorlagen für das Muster PTV11		17 18
1.32	10.11.2017	KBV	Die BFB-Vorlagen werden auch als PDF-Dateien zur Verfügung gestellt		1010
1.31	10.07.2017	KBV	Änderung der Vorgaben bzgl. des zu verwendenden Papiers		6

1 ÜBERSICHT

Blankoformularbedruckung (BFB) bezeichnet die Formularerzeugung auf Blankoformularen in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis, wobei durch die Praxisverwaltungssysteme (PVS) sowohl das eigentliche Formular als auch der Formularinhalt generiert wird.

Das vorliegende Handbuch dient der Begleitung der technischen Umsetzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens und ist zwingend in der jeweils gültigen Fassung durch die Anbieter von PVS zu beachten.

1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Das Ausstellungsdatum ist das Datum des Drucks des Formulars. Die Prüfnummer kennzeichnet eindeutig das PVS, mit dem das Formular erzeugt wurde.

1.2 DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG

Bei der Bedruckung der Formulare mit einer Diagnoseverschlüsselung gem. ICD-10-GM gilt:

1. Mehrere ICD-10-Kodes werden mit "Komma", gefolgt von einem Leerzeichen als Trennzeichen ausgedruckt.
Beispiel: O26.83 G, O12.2 Z, S51.9 G L
2. Der Ausdruck der Diagnosesicherheit (G, V, Z, A) und / oder der Seitenlokalisierung (R, L, B) erfolgt hinter jedem ICD-10-Kode in der hier angegebenen Reihenfolge. Trennzeichen zwischen ICD-10-Kode, Diagnosesicherheit und Seitenlokalisierung ist das "Leerzeichen".

2 ANFORDERUNGEN ZUR BFB (PTV)

2.1 ZIELBESTIMMUNG

Dieser Anforderungskatalog gilt für Software für vertraglich zugelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (im weiteren Verlauf Psychotherapeuten genannt).

Die Softwareprodukte müssen in der Lage sein, Formulare im Rahmen der Blankoformularbedruckung erzeugen und bedrucken zu können (siehe [\[KBV_ITA_RLEX_Zert\]](#)).

Software, die die Blankoformularbedruckung unterstützt, muss vor ihrem Einsatz durch die KBV zertifiziert werden.

Psychotherapeuten, die das Verfahren der Blankoformularbedruckung nutzen wollen, dürfen im Rahmen der Blankoformularbedruckung ausschließlich die in der Psychotherapie-Vereinbarung festgelegten Vordrucke erzeugen.

2.2 ERSTELLUNG VON VORDRUCKEN

Bei der Herstellung der Vordrucke sind als Druckvorlage ausschließlich die verbindlichen Muster (vgl. Kap. 3) zu verwenden; dabei ist sicherzustellen, dass sich gegenüber den Mustern im Inhalt, in der Gestaltung, Druckstärke und Schriftgröße keine Abweichungen ergeben.

Von dem Maßstab bzw. den Randeinstellungen kann geringfügig abgewichen werden.

2.3 ZERTIFIZIERUNG

Psychotherapeuten und Ärzten ist die Nutzung des Blankoformularbedruckungsverfahrens nur gestattet, wenn die dazu eingesetzte Software vom Referat Zertifizierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Basis der jeweils gültigen Fassung des „Handbuch Blankoformularbedruckung (PTV)“ zertifiziert ist.

Näheres zur Zertifizierung entnehmen Sie bitte dem Prüfpaket Blankoformularbedruckung [[KBV_ITA_AHEX_Pruefpaket_BFB](#)].

2.4 PRÜFNUMMER

Jede zertifizierte Software erhält eine bis zu 17-stellige, dem System eindeutig zuordenbare, Prüfnummer (PRF.NR.). Diese ist an den rechten unteren Formularrand an der vorgesehenen Stelle aufzudrucken.

2.5 BESCHRIFTUNG DER VORDRUCKE

Für den Ausdruck der Blankoformulare sind ausschließlich schwarze Farben zu verwenden.

Im Personalienfeld **und verkürzten Personalienfeld** der Vordrucke müssen die Betriebsstätten-Nr. und die Arzt-Nr. numerisch (Ziffern 0 bis 9) ausgedruckt werden. Eine Verwendung anderer Zeichen, wie z. B. "-", "/" oder "blank" (= Leerzeichen) ist wegen der maschinellen Lesung nicht statthaft.

Zu verwenden ist die Schriftart Courier mit einer Zeichendichte von 10 Zeichen/Zoll (**12pt.**). Ausführlichere Informationen mit Beispiel finden Sie im Anforderungskatalog zur Formularbedruckung [[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung](#)].

2.6 PAPIER

Für die Erzeugung der PT-Formulare ist weißes Papier, vorzugsweise in OCR-Qualität, mit einer Mindeststärke von 80g/m² zu verwenden.

2.7 Erläuterung der Funktionsdarstellung

Es gibt Pflichtfunktionen und optionale Funktionen. **Pflichtfunktionen** müssen in der Anwendungssoftware implementiert sein. **Optionale Funktionen** können implementiert werden, wenn alle genannten Bedingungen entsprechend realisiert werden.

Die Realisierung aller Pflichtfunktionen sowie der implementierten optionalen Funktionen ist im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nachzuweisen.

PFLICHTFUNKTION BFB

P3-10	Funktionsbezeichnung
--------------	-----------------------------

Ident-Nummer einer Pflichtfunktion

Konditionale Pflichtfunktionen sind wie folgt gekennzeichnet:

OPTIONALE FUNKTION BFB

K3-30	Funktionsbezeichnung
--------------	-----------------------------

Ident-Nummer einer optionalen Funktion

2.8 Zulässige BFB-Formulare

PFLICHTFUNKTION BFB

P2.8-10	Verwendung zulässiger BFB-Formulare
----------------	--

Im Rahmen der Blankoformularbedruckung für Psychotherapie dürfen nur die in Anlage 1 des BMV-Ä (Psychotherapie-Vereinbarung) §18 Absatz 12 Satz 3 bestimmten Formblätter verwendet werden.

Am Ende dieses Dokumentes (Handbuch Blankoformularbedruckung für die Psychotherapie (PTV)) sind Beispieldarstellungen der zulässigen Blankoformulare für Psychotherapie angefügt.

2.9 Formulare als Druck-Dateien

Die KBV stellt die in der Blankoformularbedruckung aufgenommenen PT-Formulare als PDF- Dateien zur Verfügung.

2.10 Änderungsdienst / Logistik

PFLICHTFUNKTION BFB

P2.10-10	Änderungsdienst
-----------------	------------------------

Änderungen an PT-Formularen im Rahmen der BFB werden seitens der KBV spätestens zur Mitte des zweiten Monats im Quartal in elektronischer Form veröffentlicht.

Mit einem Update zu den PT-Formularen muss der Softwareverantwortliche sicherstellen, dass spätestens mit Beginn des Folgequartals bzw. des genannten Stichtages die in der Praxis betroffenen Formulare entsprechend angepasst werden.

2.11 BEDRUCKUNGSVORGABEN

Die Bedruckungsvorgaben beziehen sich auf die psychotherapeutischen BFB-Formulare. Die im Rahmen der Blankoformularbedruckung aufzudruckenden Daten der Versichertenkarte unterliegen Verarbeitungsrestriktionen gemäß Vorgaben der Bundesmantelverträge (siehe § 19 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. §§23, 24 BMV-Ä unter [Bundesmantelvertrag]), sowie der Technischen Anlage zu Anlage 4a [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK] und des KVDT [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_KVDT].

PFLICHTFUNKTION BFB

P2.11-10 Geltungsbereich

Die Anwendungssoftware darf den Ausdruck von psychotherapeutischen BFB-Formularen nur unterstützen bei Versicherten der

- › Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

PFLICHTFUNKTION BFB

P2.10-11 Vorgaben aus dem Anforderungskatalog Formularbedruckung

Die Software muss für den Blankoformulardruck der unterstützten Muster die Vorgaben aus dem Anforderungskatalog Formularbedruckung einhalten.

Begründung: Der Anforderungskatalog Formularbedruckung definiert Anforderungen zum korrekten Gebrauch und Ausdruck vertragsärztlicher Formulare.

Akzeptanzkriterium: Die Software druckt die unterstützten Muster im Blankoformulardruck unter Einhaltung der im Anforderungskatalog Formularbedruckung [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung] für die unterstützten Muster definierten Anforderungen.

PFLICHTFUNKTION BFB

P2.11-20 Ausdruck eines Blankoformulars mit Bewegungsdaten

Die Anwendungssoftware muss den Ausdruck eines BFB-Formulars in den drei unterschiedlichen Varianten unterstützen:

- › Ausdruck des BFB-Formulars mit personenbezogenen Daten (Daten des Personalienfelds oder des verkürzten Personalienfelds) und beliebigen formularspezifischen Daten
- › Ausdruck des BFB-Formulars mit personenbezogenen Daten (Daten des Personalienfelds oder des verkürzten Personalienfelds) ohne formularspezifische Daten
- › Ausdruck des BFB-Formulars ohne personenbezogene Daten (Daten des Personalienfelds oder verkürzten Personalienfelds) und ohne formularspezifische Daten

Begründung:

Der Ausdruck eines Blankoformulars darf in gewissem Rahmen bezüglich der aufzudruckenden Bewegungsdaten variieren.

Akzeptanzkriterium:

1. Die Software ermöglicht den Ausdruck eines BFB-Formulars mit den zulässigen personenbezogenen und optional beliebigen formularspezifischen Daten.
2. Die Software muss beim Ausdruck von BFB-Formularen, bei denen die Angabe von Personalien, Kostenträger oder Arztnummer erwartet wird, sicherstellen, dass diese Angaben ausgedruckt werden.

3. Insbesondere gilt für BFB-Formulare mit einem Personalienfeld **oder verkürzten Personalienfeld** bei der Bedruckung der Versichertendaten:
 - a) Bei Einlesen einer Versichertenkarte müssen die Versichertendaten gemäß [KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_KVDT] aufgedruckt werden.
 - b) Für das Ersatzverfahren gelten die Vorgaben lt. Bundesmantelverträge.
 - c) **Alle Personalienfelder oder verkürzte Personalienfelder eines Formulars müssen bedruckt werden können.**
4. Die Software muss beim Ausdruck von BFB-Formularen, bei denen keine Angabe von Personalien, Kostenträger oder Arztnummer erwartet wird, erlauben, dass diese Angaben nicht ausgedruckt werden.
5. Für Ausnahmefälle (wie z. B. Haus- und Heimbefuche, Bereitschaftsdienst) können Blankoformulare gänzlich ohne personenbezogene und formularspezifische Inhalte ausgedruckt und eingesetzt werden.
 - a) In diesem Fall ist nur die Prüfnummer aufzudrucken.

PFLICHTFUNKTION BFB

P2.11-40 Ausdruck der Prüfnummer

Bei erfolgreicher Prüfung wird vom Referat Zertifizierung eine Prüfnummer vergeben. Sie wird auf der "Konformitätsbescheinigung" vermerkt. Bei erfolgreicher Prüfung weiterer BFB-Formulare werden diese in die Liste der zertifizierten Formulare der PVS hinzugefügt. Die Prüfnummer bleibt bestehen und ist identifizierendes Merkmal bzgl. der erfolgreich geprüften BFB-Formulare und hat verbindlichen Charakter.

Für den Ausdruck der Prüfnummer gilt:

Die zugeteilte Prüfnummer muss an der definierten Position (vgl. Vordruck-Vereinbarung Blankoformularbedruckung) in ARIAL, Schriftgröße 5 ausgedruckt werden.

PFLICHTFUNKTION BFB

P2.11-41 Bedruckung von Datumsangaben auf Blankoformularvorlagen

Das System muss auf Mustern der Blankoformularbedruckung die Datumsangaben im Format „TT.MM.JJ“ eintragen.

Begründung:

Da bisherige Formate wie „TTMMJJ“ für Ärzte und Patienten zu Verständnisproblemen führten, wird das Format in ein gebräuchlicheres geändert.

Akzeptanzkriterium:

- › Das System stellt sicher, dass das Format von Datumsangaben auf BFB-Mustern dem Schema TT.MM.JJ folgt.
- › Die Datumsangaben des Personalienfelds bleiben von dieser Anforderung unberührt.

Hinweis:

Diese Anforderung gilt nicht für die Bedruckung der konventionellen Muster. Im Rahmen der konventionellen Muster ist das Format durch die jeweilige Vorlage vorgegeben.

3 VERBINDLICHE MUSTER

3.1 PTV 1: ANTRAG DES VERSICHERTEN AUF PSYCHOTHERAPIE

3.1.1 PTV 1a (7.2020)

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

PTV 1

Antrag auf Psychotherapie

Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt die Krankenkasse von Ihnen einige wichtige Informationen. Ihre Mitwirkung ist in den Paragraphen 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihre Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

Kostenträger
In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).

Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> als Einzeltherapie
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	

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

Ausfertigung Krankenkasse

Ausstellungsdatum _____

Unterschrift Versicherte*,
ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

PRFNr.
Muster PTV 1a/E (7.2020)

Abbildung 1: PTV 1a, Original: DIN A4 hoch

3.1.2 PTV 1b (7.2020)

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Psychotherapie

PTV 1



Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt die Krankenkasse von Ihnen einige wichtige Informationen. Ihre Mitwirkung ist in den Paragraphen 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihre Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

Kostenträger

In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).

Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

als

- 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

Ausstellungsdatum _____

Unterschrift Versicherte*,
ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

PRF.NR.
Muster PTV 1b/E (7.2020)

Abbildung 2: PTV 1b, Original: DIN A4 hoch

3.1.3 PTV 1c .1 (7.2020)

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

Name und Anschrift der Krankenkasse

Antrag auf Psychotherapie

PTV 1



Hinweise zur Mitwirkungspflicht

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt die Krankenkasse von Ihnen einige wichtige Informationen. Ihre Mitwirkung ist in den Paragraphen 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihre Therapeut*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

Kostenträger

In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).

Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

Analytische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

als

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

Ausfertigung Versicherte*r

Ausstellungsdatum

Unterschrift Versicherte*r,
ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

PRFNr.
Muster PTV 1c.1/E (7.2020)

Abbildung 3: PTV 1c.1, Original: DIN A4 hoch

3.1.4 PTV 1c.2 (7.2020)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Informationen zum Antrags- und Gutachtenverfahren für Psychotherapie

Wie läuft das Antragsverfahren ab?

- Sie füllen Ihren Antrag auf Psychotherapie vollständig aus.
- Ihr*e Therapeut*in legt dem Antrag zusätzliche Informationen bei, zum Beispiel wie viele Therapiestunden beantragt werden und Ihre Diagnose.
- Die Unterlagen werden gesammelt an Ihre Krankenkasse gesendet.
- Innerhalb von drei Wochen ab Antragseingang erhalten Sie eine Rückmeldung durch Ihre Krankenkasse. Wird der Antrag gutachterlich geprüft, kann die Rückmeldung bis zu fünf Wochen dauern, vorausgesetzt alle Unterlagen sind vollständig eingegangen.
- Sollte Ihr Antrag abgelehnt werden, haben Sie die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen. Der Bescheid Ihrer Krankenkasse enthält hierzu weitere Informationen.

Daten nach § 292 SGB V in Bezug auf Ihren Antrag sowie Daten nach § 295 SGB V, die für die Abrechnung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen mit der Krankenkasse notwendig sind, werden spätestens nach zehn Jahren gemäß § 304 Absatz 1 Nummer 1 SGB V gelöscht.

Wie läuft das Gutachtenverfahren ab?

Ihre Krankenkasse kann Ihren Antrag gutachterlich prüfen lassen. Manche Anträge müssen immer gutachterlich geprüft werden (zum Beispiel erstmaliger Antrag auf Langzeittherapie als Einzeltherapie). Ihr*e Therapeut*in versendet hierzu Unterlagen, insbesondere einen kurzen Bericht zu Ihrer Erkrankung und zum Behandlungsplan, in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse. Die Krankenkasse leitet diesen zur gutachterlichen Prüfung weiter, ohne den Umschlag mit den Unterlagen zu öffnen. Gutachter*innen dürfen von Ihrer Krankenkasse folgende zusätzliche Informationen erhalten und in ihrer gutachterlichen Empfehlung an die Krankenkasse einbeziehen:

- Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume)
- Informationen zu ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Art der Behandlung, Zeitpunkte der Antragsstellung und Bewilligung, beantragte Stundenkontingente)
- Stationäre, teilstationäre Krankenhausbehandlungen der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)
- Rehabilitative Verfahren der letzten vier Jahre (Diagnosen, Zeiträume, Institution, Kostenträger)

Gutachter*innen erhalten keine Informationen zu Ihrem Namen, Adresse oder Versicherungsnummer.

Abbildung 4: PTV 1c.2, Original: DIN A4 hoch

3.2 PTV 2: ANGABEN DES THERAPEUTEN ZUM ANTRAG DES VERSICHERTEN

3.2.1 PTV 2a (7.2020)



<p>┌ Name und Anschrift der Krankenkasse</p>	<p>└ Angaben Therapeut*in PTV 2</p> <p>Chiffre Patient*in _____</p> <p style="text-align: center;"><small>Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig</small></p> <p>Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)</p> <p>_____</p>				
<p>└ <input type="checkbox"/> Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.</p>					
<p>Psychotherapie</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw) <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KiJu) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) <input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als <input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Umwandlung <input type="checkbox"/> Fortführung </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit <input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw) <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KiJu) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)	<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) <input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als <input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Umwandlung <input type="checkbox"/> Fortführung	<input type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit <input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen
<input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw) <input type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KiJu) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)	<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) <input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als <input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Umwandlung <input type="checkbox"/> Fortführung	<input type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit <input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen			
<p>Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</p> <p>_____ Therapieeinheiten mit GOP des EBM _____, _____, _____</p>					
<p>Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</p> <p>_____ Therapieeinheiten mit GOP des EBM _____ B, _____ B</p>					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Bei Erstanträgen angeben:</p> <input type="checkbox"/> Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt <p>Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:</p> <input type="checkbox"/> Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen: <p>1. Sitzung am _____</p> <p>2. Sitzung am _____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Bei Anträgen auf LZT angeben:</p> <p>Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden</p> <input type="checkbox"/> ja, mit voraussichtlich _____ Therapieeinheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht absehbar <input type="checkbox"/> ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich </td> </tr> </table>			<p>Bei Erstanträgen angeben:</p> <input type="checkbox"/> Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt <p>Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:</p> <input type="checkbox"/> Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen: <p>1. Sitzung am _____</p> <p>2. Sitzung am _____</p>	<p>Bei Anträgen auf LZT angeben:</p> <p>Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden</p> <input type="checkbox"/> ja, mit voraussichtlich _____ Therapieeinheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht absehbar <input type="checkbox"/> ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich	
<p>Bei Erstanträgen angeben:</p> <input type="checkbox"/> Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt <p>Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:</p> <input type="checkbox"/> Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen: <p>1. Sitzung am _____</p> <p>2. Sitzung am _____</p>	<p>Bei Anträgen auf LZT angeben:</p> <p>Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden</p> <input type="checkbox"/> ja, mit voraussichtlich _____ Therapieeinheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch nicht absehbar <input type="checkbox"/> ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich				
<p>Bisheriger Behandlungsumfang</p> <p>Einzelbehandlung</p> <p>_____ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) _____, _____, _____</p> <p>Gruppenbehandlung</p> <p>_____ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten) _____, _____, _____</p> <p>Akutbehandlung</p> <p>_____ Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)</p>					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Letztes Gutachten durch</p> <p>Name _____</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Datum des Gutachtens _____</p> </td> </tr> </table>			<p>Letztes Gutachten durch</p> <p>Name _____</p>	<p>Datum des Gutachtens _____</p>	
<p>Letztes Gutachten durch</p> <p>Name _____</p>	<p>Datum des Gutachtens _____</p>				
<p>Erklärung Therapeut*in</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>					
<p>Ausstellungsdatum _____</p>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 8px;"> Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V </div> </div>			
<p style="text-align: center; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">Ausfertigung Krankenkasse</p>					

Abbildung 5: PTV 2a, Original: DIN A4 hoch

3.2.2 PTV 2b (7.2020)

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Angaben Therapeut*in **PTV 2**

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

<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 _____

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

PRF.NR.
Muster PTV 2b/E (7.2020)


Ausfertigung Gutachter*in

Abbildung 6: PTV 2b, Original: DIN A4 hoch

3.2.3 PTV 2c (7.2020)

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Angaben Therapeut*in **PTV 2**

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

<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 Therapeut*in

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

PRF.NR.
Muster PTV 2c/E (7.2020)

Abbildung 7: PTV 2c, Original: DIN A4 hoch

3.3 PTV 11: INDIVIDUELLE PATIENTENINFORMATION ZUR AMBULANTEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN SPRECHSTUNDE

3.3.1 PTV 11a (7.2020)

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	<h2 style="margin: 0;">Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde</h2> <p style="font-size: small; margin: 5px 0;">Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information bei einer Weiterbehandlung vor.</p> <p style="margin: 5px 0;">Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde</p> <p style="margin: 5px 0;">_____ , _____</p>	PTV 11
---	---	---------------

Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

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

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

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig <input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie 	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung Fachgebiet <input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____ <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung
---	---

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

Ihr nächster Termin

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

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

Datum _____ Uhrzeit _____

Weitervermittlung zeitnah erforderlich

Erklärung Patient*in
Eine Kopie dieser Information darf erhalten:
Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Datum _____

Unterschrift Patient*in,
ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

Ausstellungsdatum _____

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Patient*in

PRFNr. Muster PTV 11a/E (7.2020)

Abbildung 8: PTV 11a, Original: DIN A4 hoch

3.3.2 PTV 11b (7.2020)

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

Ihre individuelle Information zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

PTV 11

Diese Information enthält Ihren vorläufigen Befund und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bitte legen Sie diese Information 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 ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

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

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

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

<input type="checkbox"/> keine Maßnahme notwendig	<input type="checkbox"/> hausärztliche Abklärung <small>Fachgebiet</small>
<input type="checkbox"/> Präventionsmaßnahme	<input type="checkbox"/> fachärztliche Abklärung _____
<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapeutische Akutbehandlung
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Nähere Angaben zu den Empfehlungen

Ihr nächster Termin

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden

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

Datum _____ Uhrzeit _____

Weitervermittlung zeitnah erforderlich

Erklärung Patient*in
Eine Kopie dieser Information darf erhalten:
Name mitbehandelnde*r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Datum _____

Unterschrift Patient*in,
ggf. der gesetzlichen Vertreter*innen

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Therapeut*in

PRFNR
Muster PTV 11b/E (7.2020)


Abbildung 9: PTV 11bc, Original: DIN A4 hoch

3.4 PTV 12: ANZEIGE DER AKUTBEHANDLUNG

3.4.1 PTV 12a (7.2020)

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

Name und Anschrift Krankenkasse

Anzeige einer Akutbehandlung **PTV 12**


Akutbehandlung für

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

Beginn am _____

Diagnose(n) ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

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

Die Versicherte bzw. der Versicherte wurde bei mir in den letzten sechs Monaten psychotherapeutisch behandelt

Es wurden innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt

ja, und zwar am _____

und ggf. am _____ in anderer Praxis

nein, die Versicherte bzw. der Versicherte war in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Krankenkasse

PRF/NR.
Muster PTV 12a/E (7.2020)

Abbildung 10: PTV 12a, Original: DIN A4 hoch

3.4.2 PTV 12b (7.2020)

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

Anzeige einer Akutbehandlung

PTV 12



Name und Anschrift Krankenkasse

Akutbehandlung für

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

Beginn am _____

Diagnose(n) ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig ICD-10 - GM endständig

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

Die Versicherte bzw. der Versicherte wurde bei mir in den letzten sechs Monaten psychotherapeutisch behandelt

Es wurden innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt

ja, und zwar am _____

und ggf. am _____ in anderer Praxis

nein, die Versicherte bzw. der Versicherte war in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung

Ausstellungsdatum

Stempel / Unterschrift Therapeut*in

Ausfertigung Therapeut*in

PRENR
Muster PTV 12b/E (7.2020)

Abbildung 11: PTV 12b, Original: DIN A4 hoch

4 REFERENZIERTE DOKUMENTE

Datensatz- und Schnittstellenbeschreibung	
[KBV_ITA_RLEX_Zert]	Zertifizierungsrichtlinie der KBV
[KBV_ITA_FMEX_AAZ_BFB]	Antrag auf Zertifizierung Blankoformularbedruckung, aktuelle Version
[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung]	Anforderungskatalog zur Formularbedruckung
[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK]	Technische Anlage zu Anlage 4a BMV
[Bundesmantelvertrag]	Bundesmantelvertrag-Ärzte und die dazugehörenden Anlagen
[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_KVDT]	Anforderungskatalog für KV Datentransfer
[KBV_ITA_AHEX_Pruefpaket_BFB]	Prüfpaket Blankoformularbedruckung

Ansprechpartner:

Dezernat Digitalisierung und IT

IT in der Arztpraxis

Tel.: 030 4005-2077, pruefstelle@kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

pruefstelle@kbv.de, www.kbv.de