



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 Gutachter*in

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