

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

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

Diagnose  
(ICD-10-Code)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Krankenhausbehandlung

☐

wird  
vermieden

☐

wird  
verkürzt

☐

ist nicht  
ausführbar

## Erklärung des Arztes

Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ

Ort

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Psychotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

IK des Leistungserbringers

## Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum

Leistung


## Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die durchgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Geldinstitut

Datum

**Ausfertigung für den psychotherapeutischen Leistungserbringer**

Stempel und Unterschrift  
des psychotherapeutischen Leistungserbringers