



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

☐ 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

Ausfertigung Krankenkasse

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