

## 1.5: Fortführung LZT

- ✓ Antrag des Versicherten auf Psychotherapie PTV1
- ✓ Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten PTV2
- ✓ Frankierter Briefumschlag mit Anschrift der Krankenkasse
- Bericht an den Gutachter
- Umschlag für die Unterlagen für den Gutachter PTV8

Im Ausbildungszusammenhang ist immer eine schriftliche Fallkonzeption, unterschrieben von TherapeutIn und SupervisorIn abzugeben. Der Bericht zum Fortführungsantrag orientiert sich an den entsprechenden Angaben dazu auf PTV3.

Bericht und PTV8 werden nur bei Bedarf an die Kasse bzw. geschickt, z.B. regelhaft, wenn im ersten Bewilligungsschritt eine Kürzung durch den Gutachter erfolgt ist.

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>BKN Bundesknappschaft</b>		
Name, Vorname des Versicherten <b>Walter, Louise</b>		
		geb. am <b>27.07.98</b>
Kostenträgerkennung <b>10537886</b>	Versicherten-Nr. <b>L335728110</b>	Status
Betriebsstätten-Nr. <b>727490400</b>	Arzt-Nr. <b>099999900</b>	Datum <b>03.01.18</b>

## Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

**Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.**

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

### Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname

**Walter, Louise**

Geburtsdatum

**270798**

Straße

**Neue Lindenallee 36**

PLZ

Ort

**23604 Hamburg**

Versicherten-Nr.

**9876543109**

Name und Anschrift der Krankenkasse

**BKN Bundesknappschaft  
Sternenstraße 24  
23558 Lübeck**

### Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

Analytische Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

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

### Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.



Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausstellungsdatum

**030118**

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

BKN Bundesknappschaft  
Sternenstraße 24  
23558 Lübeck

# Angaben des Therapeuten PTV 2 zum Antrag des Versicherten

Chiffre des Patienten

W 2 7 0 7 9 8

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

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

F32.1G

## Antrag des Patienten auf Psychotherapie

für Erwachsene (Erw)

für Kinder und Jugendliche (KiJu)

Analytische Psychotherapie (AP)

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

die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

20 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35425

Bei Kombinationsbehandlung beide Ziffern (Gruppe + Einzel) eintragen

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

Bei Erstanträgen angeben:

Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt

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 des Patienten

55 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Einzelbehandlung 35425

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der Akutbehandlung

## Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

N. IV.

Datum der Stellungnahme

221217

+ Unterschrift TherapeutIn

## Erklärung des Therapeuten

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

030118

Deutsche Psychologen Akademie GmbH  
Psychotherapeutische Ambulanz  
der Berliner Akademie für Psychotherapie  
Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin  
Telefon: 030 / 20 91 66 110

IK-Nr. 491100639  
BSNR: 727490400 LANR: 999999900

Stempel / Unterschrift des Therapeuten bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung für die Krankenkasse

Deutsche Psychotherapeuten-GmbH  
Psychotherapieambulanz  
Berliner Akademie für Psychotherapie  
Am Köllnischen Park 2 • 10177 Berlin  
Telefon: 030 20 91 66 119

IK-Nr. 491100639  
R: 727490400 LANR: 999999000

**Psychotherapieantrag  
- Dringende Terminsache -**



Psychotherapeutische Ausbildungen  
der Deutschen Psychologen Akademie  
Am Kölnischen Park 2  
10179 Berlin  
Tel.: 030 - 20 91 66 - 110



Berliner  
Akademie für  
Psychotherapie

IK: 491100639  
BSNR: 727490400

**Behandler/in:**

**Supervisor/in:**

**Ausbildungssemester:**

**Chiffre:**

**Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten  
(Erstantrag, Kurzzeitantrag, Umwandlungsantrag, Fortführungsantrag)**

---

Unterschrift **Supervisor/in**

---

Unterschrift **Therapeut/in**

Ambulanzleitung Kontakt: 030 – 20 91 66 + (Durchwahl)

Imke Konopka / TP-PP (-121) Dr. Ruth Uwer / VT-PP + KJ (-120) Sabine Sterry / TP-KJ (-122)

# ACHTUNG!

Dieser Briefumschlag ist nur vom Gutachter zu öffnen

Bitte immer vorbereiten

Name und Anschrift der Krankenkasse

BKN Bundesknappschaft  
Sternenstraße 24  
23558 Lübeck

## Inhalt

- Bericht an den Gutachter     Konsiliarbericht  
 PTV 2b     ergänzende Befundberichte

## Erklärung des Therapeuten

- Ich erkläre, den Bericht an den Gutachter vollständig persönlich verfasst zu haben

## Unterlagen für den Gutachter

PTV 8

Angaben des Therapeuten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Chiffre des Patienten

W 270798

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Eingangsdatum bei der Krankenkasse

--	--	--	--	--	--	--	--

## Gutachterauftrag an einen Gutachter für

- AP und TP     TP     VT  
 KiJu     Erw  
 Einzelbehandlung     Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung

## Auftragsart

- LZT Erstantrag     LZT Umwandlung     LZT Fortführung  
 KZT 1     KZT 2

Unterschrift TherapeutIn

Deutsche Psychologen Akademie GmbH  
Psychotherapeutische Ambulanz  
der Berliner Akademie für Psychotherapie  
Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin  
Telefon: 030 / 20 91 66 110

Ausstellungsdatum

030118

IK-Nr. 491100639  
BSNR: 727490400 LANR: 999999000  
Stempel / Unterschrift des antragsbegründenden Therapeuten