

1.1: Kurzzeittherapie 1 (KZT1)

- ✓ Antrag des Versicherten auf Psychotherapie PTV1
- ✓ Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten PTV2
- ✓ Konsiliarbericht
- ✓ 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 nach dem Muster PTV3, unterschrieben von TherapeutIn und SupervisorIn abzugeben. Der Bericht für die KZT 1 kann knapp gehalten und stichwortartig abgefasst sein, max. 1-2 Seiten!

Bericht und PTV8 werden nur bei Bedarf an die Kasse bzw. geschickt, z.B. falls die letzte Therapie weniger als zwei Jahre zurückliegt oder der Bericht aus anderen Gründen von der Kasse angefordert wird.

Krankenkasse bzw. Kostenträger
BKN Bundesknappschaft 18701

Name, Vorname des Versicherten
Walter, Louise

geb. am
27.07.98

Kostenträgerkennung: **101537886** | Versicherten-Nr.: **L335728110** | Status:

Betriebsstätten-Nr.: **727490400** | Arzt-Nr.: **999999900** | Datum: **03.01.18**

vom Pat. & aus Internet (KK)

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie PTV 1

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

1x
 Je nach Planung eintragen

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 **180917** und ggf. am **231117**

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.

Walter

Unterschrift des Patienten ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausstellungsdatum
030118

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freizu lassen
 Ausstellung durch Amb. Leitung

Name und Anschrift der Krankenkasse

BKN Bundesknappschaft

Sternenstraße 24

23558 Lübeck

Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten

PTV 2

Chiffre des Patienten

W 270798

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

12 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35421

Bei Kombinationsbehandlung beide Ziffern (Gruppe + Einzel) eintragen

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

Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen

1. Sitzung am 151217

2. Sitzung am 221217

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

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Einzelbehandlung

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der Akutbehandlung

Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme

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

BSNR: 727490400 LANR: 999999900

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Konsiliarbericht

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Deutsche Psychologen Akademie GmbH
Psychotherapeutische Ambulanz
 der Berliner Akademie für Psychotherapie
 Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin
 Telefon: 030 / 20 91 66 110
 Betriebsstättennummer
 IK-Nr. 491100639
 BSNR: 727490400 LANR: 999999900

Auf Veranlassung von:

N.N.
 Name des Therapeuten

Bitte freilassen, wird vom Konsiliararzt ausgefüllt.

Chiffre! →

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
 Art der Maßnahme: _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausstellungsdatum
 T | T | M | M | J | J

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für den Therapeuten

Stempel d.
BAP

+

Briefmarke
akt. 1.45€
vom Therapeuten
aufzukleben!

- Dringende Terminsachl. -
Psychotherapieantrag

Psychotherapeutische Ausbildungen
der Deutschen Psychologen Akademie
Am Köllnischen 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

Unterlagen für den Gutachter

Angaben des Therapeuten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

PTV 8

Chiffre des Patienten

W 270798

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Eingangsdatum bei der Krankenkasse

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

Gutachterauftrag an einen Gutachter für

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> AP und TP | <input type="checkbox"/> TP | <input checked="" type="checkbox"/> VT |
| <input type="checkbox"/> KiJu | <input checked="" type="checkbox"/> Erw | |
| <input type="checkbox"/> Einzelbehandlung | <input checked="" type="checkbox"/> Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung | |

Auftragsart

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> LZT Erstantrag | <input type="checkbox"/> LZT Umwandlung | <input type="checkbox"/> LZT Fortführung |
| <input checked="" type="checkbox"/> KZT 1 | <input type="checkbox"/> KZT 2 | |

Inhalt

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bericht an den Gutachter | <input checked="" type="checkbox"/> Konsiliarbericht |
| <input checked="" type="checkbox"/> PTV 2b | <input type="checkbox"/> ergänzende Befundberichte |

Erklärung des Therapeuten

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

Unterschrift
TherapeutIn

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: 723100100 Standort: 100 Unterschrift: 999999999 antragsbegründenden Therapeuten
--