

## 1.2: Kurzzeittherapie 2 (KZT2)

- ✓ 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 nach dem Muster PTV3, unterschrieben von TherapeutIn und SupervisorIn abzugeben. Der Bericht für die KZT 2 kann auf dem Bericht für die KZT1 basieren, ergänzt um einen Absatz zu Verlauf und Behandlungsplan für das Kontingent der KZT.

Bericht und PTV8 werden nur bei Bedarf an die Kasse bzw. geschickt, z.B. falls es sich um eine Probetherapie handelt.

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

# 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

23604

Ort

Hamburg

Versicherten-Nr.

9876543109

Name und Anschrift der Krankenkasse

BKN Bundesknappschaft  
Sternenstraße 24  
23558 Lübeck

## Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

Analytische Psychotherapie

Einzeltherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Gruppentherapie

Verhaltenstherapie

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 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 35422

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

7 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Einzelbehandlung 35421

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der Akutbehandlung

## Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der Stellungnahme

221217

## 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

+ 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

IK-Nr. 491100639  
BSNR: 727490400 LANR: 999999900  
Stempel / Unterschrift des Therapeuten  
bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung für die Krankenkasse

Deutsche Psychologen Akademie GmbH  
Psychotherapeutische Ambulanz  
der Berliner Akademie für Psychotherapie  
Am Kölnischen Park 2 • 10179 Berlin  
Telefon: 030 20 01 66 110

IK-Nr. 4001 00639  
VNR: 727400400

  
Briefmarken

**Psychotherapieantrag  
- Dringende Terminsache -**

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 2 7 0 7 9 8

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 type="checkbox"/> KZT 1          | <input checked="" type="checkbox"/> KZT 2 |  |

+ Unterschrift Therapeut

### Inhalt

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bericht an den Gutachter | <input 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

Ausstellungsdatum

0 3 0 1 1 8

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

---

IK-Nr. 491100639  
BSNR: 727190100 | ANR: 999999999  
Stempel / Unterschrift des antragsbegründenden Therapeuten