# 1.4: Langzeittherapie Erstantrag (LZT)

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger
BKN Bundesknappschaft 18701

Name, Vorname des Versicherten
Walter, Louise
geb. am 27.07.98

| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
|---|---|---|
| 1015537886 | L335728110 | |
| **Betriebsstätten-Nr.** | **Arzt-Nr.** | **Datum** |
| 7274904 00 | 999999900 | 03.01.18 |

Name und Anschrift der Krankenkasse
BKN Bundesknappschaft
Sternenstraße 24
23558 Lübeck

# 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

**Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für**

- [ ] Analytische Psychotherapie
- [ ] Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- [x] Verhaltenstherapie
- [x] Einzeltherapie
- [ ] Gruppentherapie
- [ ] Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

**Ich beantrage die Psychotherapie als**

- [x] Erstantrag
- [ ] Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

***Bei Erstanträgen bitte angeben:***

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

- [x] ja, und zwar am 180917 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
- [x] 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.

Ausstellungsdatum
030118

Walter

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

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 6-endstellig)*

F32.1G

## Antrag des Patienten auf Psychotherapie

- [X] für Erwachsene (Erw)
- [ ] für Kinder und Jugendliche (KiJu)

- [ ] Analytische Psychotherapie (AP)
- [ ] Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- [X] Verhaltenstherapie (VT)

- [ ] Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
- [ ] Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
- [X] Langzeittherapie (LZT) als
  - [X] Erstantrag
  - [ ] Umwandlung
  - [ ] Fortführung

- [X] 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**

60 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35425 , ...

Bei Kombinationsbehandlung beide Zählern (Gruppe + Einzel) eintragen

**Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt**

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B, BB

falls zutreffend ankreuzen

*Bei Erstanträgen angeben:*

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

+Unterschrift Therapeutin

**Erklärung des Therapeuten**

- [X] 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: 727190400 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

22

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

**Auf Veranlassung von:**

N. N.

Name des Therapeuten

Arztnummer

Betriebsstättennummer

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

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:

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

**Ausfertigung für den Therapeuten**

Muster 22a (10.2014)

eutsche Psychologen Akademie GmbH
Psychotherapeutische Ambulanz
Berliner Akademie für Psychotherapie
Köllnischen Park 10179 Berlin
Telefon: 030 / 2
IK-Nr. 491
727490400 LANR: 9999999

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

# Unterlagen für den Gutachter — PTV 8

**Angaben des Therapeuten** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

**Chiffre des Patienten** W 2 7 0 7 9 8

*Anfangsbuchstabe des Familiennamens* | *Geburtsdatum 6-stellig*

Eingangsdatum bei der Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

BKN Bundesknappschaft
Sternenstraße 24
23558 Lübeck

**Gutachterauftrag an einen Gutachter für**

- [ ] AP und TP
- [ ] TP
- [x] VT
- [ ] KiJu
- [x] Erw
- [ ] Einzelbehandlung
- [x] Gruppenbehandlung / Kombinationsbehandlung

**Auftragsart**

- [x] LZT Erstantrag
- [ ] LZT Umwandlung
- [ ] LZT Fortführung
- [ ] KZT 1
- [ ] KZT 2

+Unterschrift TherapeutIn

**Inhalt**

- [x] Bericht an den Gutachter
- [x] Konsiliarbericht
- [x] PTV 2b
- [ ] ergänzende Befundberichte (bei Bedarf)

**Erklärung des Therapeuten**

- [x] 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 Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin
Telefon: 030 / 20 91 66 110
IK-Nr. 491100639
BSNR: 737190400 LANR: 999999900

Stempel / Unterschrift des antragsbegründenden Therapeuten

Muster PTV 8 (4.2017)