

## 1.3: Umwandlungsantrag

- ✓ Antrag des Versicherten auf Psychotherapie PTV1
- ✓ Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten PTV2
- Konsiliarbericht: Ausfertigung für den GA, falls zuvor kein Bericht an den Gutachter
- ✓ Frankierter Briefumschlag mit Anschrift der Krankenkasse
- ✓ Bericht an den Gutachter
- ✓ Umschlag für die Unterlagen für den Gutachter PTV8

**Erläuterung:** es muss kein neuer Konsiliarbericht eingeholt werden!

Die Ausfertigung für den Gutachter verbleibt beim Antrag auf KZT1 und KZT2 in der Akte und wird beim Vorbereiten des Antrages durch die Ambulanzleitung dem Umschlag für den Gutachter beigelegt.

Der Bericht an den Gutachter für den Umwandlungsantrag orientiert sich am Bericht für den Erstantrag ergänzt um Punkt 7. auf PTV3.

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

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

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 270798

Anfangsbuchstabe  
des Familiennamens | Geburtsdatum  
6-stellig

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

F32.1 G

## 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

36 Therapieeinheiten mit GOP des EBM  35425

bzw. 48 falls bisher nur KZT1 durchgeführt wurde

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

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

bzw. 7 falls bisher nur KZT1 durchgeführt wurde

## Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

19 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2  
und LZT als Einzelbehandlung  35421,  35422

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2  
und LZT als Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten  
in der Akutbehandlung

## Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters

Datum der  
Stellungnahme

+ Unterschrift Therapeuten

## 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

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

Auf Veranlassung von:

N.N.  
Name des Therapeuten

Deutsche Psychologen Akademie GmbH  
**Psychotherapeutische Ambulanz**  
Arztnummer  
der Berliner Akademie für Psychotherapie  
Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin  
Betriebsstättennummer 0 91 66 110

IK-Nr. 491100639  
BSNR: 727490400 LANR: 999999900

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

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 anamnestiche 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für den Therapeuten**

Psychische Psychotherapie  
Psychotherapie  
Akademie  
deutschen  
Telefon: 030 20 91 00 00

IK-Nr. 491100639  
727490400 LANR: 999999900



**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, Kurzeitantrag, 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

- |  |  |
|--|--|
| <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

## 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

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

IK-Nr. 491100639  
BSNR: 727490400 LANR: 999999900  
Stempel / Unterschrift des antragsbegründenden Therapeuten

Ausstellungsdatum

030118