

Beispielabrechnung

PHB – KJZ TP

Beim Abgabetermin sollten Sie immer dabei haben:

- **GKV** = Patientenübersicht (ausgefüllt und ausgedruckt)
- **Abrechnungsscheine** Ihrer Patienten (ausgefüllt, ausgedruckt und von Ihnen und dem jeweiligen Patienten unterschrieben)
- **Berichtspflichtformular im Original** (falls neu erstellt, da altes in der Akte hinfällig)
- **Berichte an den Hausarzt**, die in dem abzurechnenden Quartal erfolgten, in Kopie
- **Anerkennungsbescheide**
- **Formular „Erfassung Raumbuchungen“** (ausgefüllt)
- **Genehmigungsschreiben über die Durchführung von Gesprächsziffern** (falls erfolgt)

Sollten Sie Krisensitzungen durchgeführt haben, so muss Ihr Supervisor die Notwendigkeit der Krisensitzung während der Antragspause oder nach Beendigung der Therapie bescheinigen. Ohne dieses Genehmigungsschreiben können die Krisensitzungen nicht abgerechnet werden.

Krisensitzungen müssen immer vor der Durchführung mit dem Supervisor abgestimmt werden, in Ausnahmefällen (Unerreichbarkeit des Supervisors) unmittelbar danach.

Erläuterungen zu den einzelnen Abrechnungsscheinen

Dieses Beispiel zeigt die Abrechnung von drei Patienten:

Patient 1

Musterano Mustermann:

Zum besseren Verständnis der aufgeführten Ziffern ist diesem Abrechnungsscheinbeispiel eine Anlage mit Texterläuterung beigelegt.

- Das Ambulanzvorgespräch (Sprechstunde) hat im gleichen Quartal stattgefunden, in dem die Therapeutin den Patienten zum ersten Mal sieht. Daher führt sie das Vorgespräch auf ihrem Abrechnungsschein mit auf. Läge es im Vorquartal, so würde die Ambulanz es allein abrechnen.
- Die Therapeutin vermerkt in jedem Quartal, sofern es einen persönlichen Patientenkontakt gibt, gleich in der ersten Zeile die Grundpauschale.

Grundpauschalen:

Ziffer 23210 (Patienten bis vollendetem 5. Lebensjahr = Alter 0-4)

Ziffer 23211 (Patienten ab Beginn des 6. bis vollendetem 59. Lebensjahr = Alter 5-58)

Ziffer 23212 (Patienten ab Beginn des 60. Lebensjahrs = Alter ab 59)

Ziffer 23214 (Patienten, die durch einen Therapeuten in der Grundständigen KiJu-Ausbildung behandelt werden, diese Ziffer **darf nicht** von Therapeuten in der KiJu-Zusatzqualifikation verwendet werden, diese wählen die 23210 oder 23211)

- Die Erziehungsberechtigte (Mutter) hat auf dem Formular „Berichtspflicht“ angekreuzt, dass sie einen Bericht an den Hausarzt wünscht (siehe Anlage). Die Therapeutin ist dem in Form eines kurzen Berichtes nach der **ersten bewilligten** Stunde nachgekommen und hat den Bericht in Kopie der Abrechnung beigelegt (siehe Anlage). Sie vermerkt das Porto gleich unter der ersten Zeile mit der Grundpauschale und darunter in Klammern den Namen des Arztes.
- Nach 6 probatorischen Sitzungen, von denen eine mit der Bezugsperson durchgeführt wurde, einer biographischen Anamnese und zwei Tests stellt sie einen Antrag auf Kurzzeittherapie 1.
Bevor die Krankenkasse diesen bewilligt, gerät der Patient in eine Krise. Die Therapeutin führt ein Krisengespräch durch, setzt den Supervisor wenn möglich noch vor, sonst aber unmittelbar nach der Durchführung in Kenntnis. Der Supervisor schätzt die Krisensitzung in dem Fall als notwendig ein und genehmigt diese durch ein Schreiben, das er der Therapeutin aushändigt, um die Abrechnung der Ziffer freizugeben.
- Am 10.09.18 erfolgt die Bewilligung der Kurzzeittherapie durch die Krankenkasse. Die erste Stunde wird am 11.09.18 durchgeführt.
- Auf dem Formular „Erfassung Raumbuchungen“ führt sie die beiden durchgeführten Tests auf, damit ihr hierfür keine Raummiete berechnet wird.

Patient 2

Musina Musterkind:

- Die Patientin befindet sich schon in laufender Kurzzeittherapie, deren 2. Schritt (KZT 2) am 28.06.18 bewilligt wurde. Der Erziehungsberechtigte (Vater) hat auf dem Formular „Berichtspflicht“ angekreuzt, dass er keinen Bericht an den Hausarzt wünscht (siehe Anlage). Die Therapeutin vermerkt jedes Quartal gleich in der ersten Zeile neben der Grundpauschale die so genannte Pseudoziffer 98999, die ausdrückt, dass kein Bericht gewünscht wird oder aber kein Hausarzt vorhanden ist.
- Am 05.07.18 stellt die Therapeutin einen Umwandlungsantrag (=Langzeitantrag), leistet aber erst die noch offenen Kurzzeittherapiesitzungen. Der Umwandlungsantrag wird am 25.08.18 bewilligt, die erste Langzeittherapie-stunde erfolgt am 30.08.18.
Die Therapeutin führt auf dem Abrechnungsschein beide Bewilligungsdaten auf, da aus beiden Kontingenten Stunden abgerechnet werden.
- Die Therapeutin hat in ihren Anträgen auch Bezugspersonenstunden beantragt. Wenn sie diese durchführt, setzt sie bei der Abrechnung ein „B“ hinter die Sitzungsziffer.
Am 08.08.18 führt sie am selben Tag ein Patienten- und ein Bezugspersonengespräch durch.

Patient 3

Mimi Mustermädchen:

- Die Patientin befindet sich schon in laufender Langzeittherapie, die am 28.05.18 bewilligt wurde. Der Erziehungsberechtigten (Vater) hatte auf dem ersten Formular „Berichtspflicht“ angekreuzt, dass er einen Bericht an den Hausarzt wünscht.
Die Therapeutin hat unter dem Link, der auf dem Formular angegeben ist, festgestellt, dass der Arzt nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt. Sie hat den Erziehungsberechtigten der Patientin darüber informiert und das Formular nochmals korrekt ausfüllen lassen.
Die Therapeutin vermerkt jedes Quartal gleich in der ersten Zeile neben der Grundpauschale die so genannte Pseudoziffer 98999, die ausdrückt, dass kein Bericht gewünscht wird oder aber kein Hausarzt vorhanden ist.
- Die Patientin wechselt mitten im Quartal (07.08.18) die Krankenkasse. Die Therapeutin hat dies umgehend den Ambulanzmitarbeitern gemeldet und mit diesen zusammen bei der neuen Kasse die Kostenübernahme von Psychotherapieleistungen nach Kassenwechsel beantragt (siehe Anlage).
Solange noch keine Kostenzusage der neuen Kasse vorlag, hat die Therapeutin die Behandlung ausgesetzt.
Außerdem hat sie beide Chipkarten eingelesen und sich zwei Abrechnungsscheine unterschreiben lassen (für jede Kasse einen).
Sie vermerkt auf beiden Scheinen die Grundpauschale.
Auf den zweiten Schein (neue Kasse TK) schreibt sie in Klammern den Begriff „Kassenwechsel“.
Auf beide Scheine schreibt sie die so genannte Pseudoziffer, die ausdrückt, dass kein Bericht gewünscht wird oder aber kein Hausarzt vorhanden ist.
Entsprechend des Zeitpunktes des Kassenwechsels ordnet die Therapeutin die erfolgten Leistungen den beiden Kassenscheinen zu.
Sie nummeriert die beiden Scheine handschriftlich in der rechten oberen Ecke (Schein 1 von 2, bzw. Schein 2 von 2).

Behandlungserlaubnis seit: 2018

Quartal: 3 18

| Patienten-Name | Geburtsdatum | Supervisor | Probatorik Sitzg. | biograf. Anamnese | Bewilligte Sitzg. | Gesprächsleistung (23220) à 50 Minuten persönl. | davon Expositionen außerhalb der BAP-Räumlichkeit | |
|--|--|------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|---|--|
| Mustermann, Musterano | 12.08.08 | Supermusta | 6 | 1 | 4 | 1 | | |
| Musterkind, Musina | 20.10.10 | Supervisto | | | 18 | | | |
| Mustermädchen, Mimi | 17.04.12 | Supermio | | | 13 | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Gesamtstunden | dieses Quartal | | 6 | 1 | 35 | 1 | 0 | |
| | Übertrag Vor-Quartal | | 12 | 2 | 39 | | | |
| | aktueller Stand (=Übertrag für das nächste Quartal KJZ) | | 18 | 3 | 74 | 1 | | |
| Summe aller abgerechneten Stunden (Probatorik + bewilligte Sitzungen) | | | 95 | | | | Hiermit erkläre ich die oben genannte Leistungen persönlich erbracht zu haben | |
| Insgesamt sind maximal 200 Stunden zulässig! | | | | | | | | |

Ausnahme: Im Rahmen der 800 h der Grundausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten dürfen bis zu 400 Stunden KiJu geleistet werden.
Um sie für die Zusatzqualifikation anrechnen lassen zu können, müssen die dafür festgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt sein.

30.09.18

 (Datum / Unterschrift Therapeut/in)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Berlin TP-KJZ-Beispiel Pat. 1

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann, Musterano geb. am **12.08.08**

Kostenträgerkennung: **109519005** Versicherten-Nr.: **V012321456456** Status: **3**

Betriebsstätten-Nr.: **999999900** Arzt-Nr.: **02.07.18** Datum
 Inst.-kennz.

Abrechnungsschein

05

ambulante Behandlung bei belegärztlicher Behandlung Unfall, Unfallfolgen
 Quartal **3** **18**

Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie anerkannte Psychotherapie
 Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
F43.2G Supervisor: **Supermusta**

Ausbildungsteilnehmer: **Mustertherapeutin, Mustana**
 10.09.18

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

| Tag | Mon. | | Tag | Mon. | |
|-----|------|----------------------|-----|------|----------------------------|
| 02 | 07 | 35151-35151-23211 | 06 | 08 | 35600 (30 Min. CBCL) |
| | | (Ambulanz-VG) | 08 | 08 | 35601 (30 Min. CFT) |
| | | 40120 (Dr. Dietrich) | 12 | 08 | 35130-40124 |
| 08 | 07 | 35150 | 25 | 08 | 23220 |
| 10 | 07 | 35150 B | | | (50 Min. persönlich Krise) |
| 15 | 07 | 35150 | 11 | 09 | 35401 |
| 17 | 07 | 35150 | 18 | 09 | 35401 |
| 22 | 07 | 35150 | 25 | 09 | 35401 |
| 28 | 07 | 35150 | 30 | 09 | 35401 |
| 03 | 08 | 35140 | | | |

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Stationäre belegärztliche Behandlung
 Tag Monat Tag Monat
 von bis

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.


Unterschrift Elternteil
 bei dem minderjähriger Patient versichert ist

Datum



Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten
Unterschrift Therapeut (0.2014)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Hier finden Sie die Bedeutung der Ziffern anhand des Abrechnungsscheinbeispiels Patient 1

| | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------|---|---|---|----|
| AOK Berlin | TP-KJZ-Beispiel | Pat. 1 | X | | 3 | 18 |
| | | linke Seite | | X | | X |
| Mustermann, Musterano | | 12.08.08 | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---------------|----------|------------------------|--|----------------------------|------------|
| | | | F43.2G | | Supervisor: | Supermusta |
| 109519005 | V012321456456 | 3 | Ausbildungsteilnehmer: | | Mustertherapeutin, Mustana | |
| Inst.-kennz. | 999999900 | 02.07.18 | | | | 10.09.18 |

| | | | |
|----|----|------------------------|-----------------------------|
| 02 | 07 | 35151-35151-23211 | Sprechstunde-Grundpauschale |
| | | (Ambulanz-Vorgespräch) | |

| | |
|----------------------|----------------------------------|
| 40120 (Dr. Dietrich) | Porto Hausarztbericht (Arztname) |
|----------------------|----------------------------------|

| | | | |
|----|----|-------|------------|
| 08 | 07 | 35150 | Probatorik |
|----|----|-------|------------|

| | | | |
|----|----|---------|---------------------------|
| 10 | 07 | 35150 B | Probatorik (Bezugsperson) |
|----|----|---------|---------------------------|

| | | | |
|----|----|-------|------------|
| 15 | 07 | 35150 | Probatorik |
|----|----|-------|------------|

| | | | |
|----|----|-------|------------|
| 17 | 07 | 35150 | Probatorik |
|----|----|-------|------------|

| | | | |
|----|----|-------|------------|
| 22 | 07 | 35150 | Probatorik |
|----|----|-------|------------|

| | | | |
|----|----|-------|------------|
| 28 | 07 | 35150 | Probatorik |
|----|----|-------|------------|

| | | | |
|----|----|-------|-------------------|
| 03 | 08 | 35140 | biograf. Anamnese |
|----|----|-------|-------------------|



Unterschrift Patient



Unterschrift Therapeut

| | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|---------------------|---|---|---|----|
| AOK Berlin | TP-KJZ-Beispiel | Pat. 1 | X | | 3 | 18 |
| | | rechte Seite | | X | | X |
| Mustermann, Musterano | | 12.08.08 | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---------------|----------|------------------------|--|----------------------------|------------|
| | | | F43.2G | | Supervisor: | Supermusta |
| 109519005 | V012321456456 | 3 | Ausbildungsteilnehmer: | | Mustertherapeutin, Mustana | |
| Inst.-kennz. | 999999900 | 02.07.18 | | | | 10.09.18 |

| | | | |
|-----------------------|----|----|----------------------|
| Test (standardisiert) | 06 | 08 | 35600 (30 Min. CBCL) |
|-----------------------|----|----|----------------------|

| | | | |
|-----------------------|----|----|---------------------|
| Test (psychometrisch) | 08 | 08 | 35601 (30 Min. CFT) |
|-----------------------|----|----|---------------------|

| | | | |
|-----------------------------|----|----|-------------|
| Antrag (Kurzzeit 1) - Porto | 12 | 08 | 35130-40124 |
|-----------------------------|----|----|-------------|

| | | | |
|-------------------|----|----|----------------------------|
| Gesprächsleistung | 25 | 08 | 23220 |
| | | | (50 Min. persönlich Krise) |

| | | | |
|----------------------------|----|----|-------|
| Sitzung Kurzzeittherapie 1 | 11 | 09 | 35401 |
|----------------------------|----|----|-------|

| | | | |
|----------------------------|----|----|-------|
| Sitzung Kurzzeittherapie 1 | 18 | 09 | 35401 |
|----------------------------|----|----|-------|

| | | | |
|----------------------------|----|----|-------|
| Sitzung Kurzzeittherapie 1 | 25 | 09 | 35401 |
|----------------------------|----|----|-------|

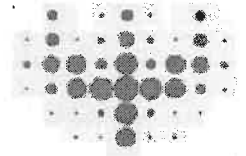
| | | | |
|----------------------------|----|----|-------|
| Sitzung Kurzzeittherapie 1 | 30 | 09 | 35401 |
|----------------------------|----|----|-------|



Unterschrift Elternteil
bei dem minderjähriger
Patient versichert ist



Unterschrift Therapeut



BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Musterano Mustermann*

Geboren am: *12.08.08*

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn der Patient zustimmt, dann ist dem **Hausarzt** zu Beginn (d. h. ab der ersten bewilligten Therapiestunde) und am Ende einer Behandlung ein Bericht zuzusenden. Bei längerer Behandlungsdauer zusätzlich nach jeweils einem Jahr.

Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon des Hausarztes:

*Dr. Dietrich, Behandlungsstraße 17, 10117 Berlin,
030 - 999 59 85*

Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.

Berlin, den *28.07.18*

Datum

Manami Mastermann

Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
(bei Kindern und Jugendlichen)

Info an den Therapeuten:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei dem vom Patienten angeführten Arzt um einen Hausarzt handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügt er nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt vom Patienten ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.

<https://www.arzt-auskunft.de/>

**Dipl.-Psych. Mustana Mustertherapeutin
Psychotherapeutische Ambulanz der
Psychologische Hochschule Berlin gGmbH
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030 – 20 99 66 - 110**

**Herrn
Dr. Dietrich
Behandlungsstraße 17

10117 Berlin**

KOPIE für die Ambulanz

Berlin, den 12.09.18

Bericht an den Hausarzt

Sehr geehrter Herr Dietrich,

zu Ihrer Information möchte ich Ihnen mitteilen, dass sich der Patient Musterano Mustermann, geb. 12.08.08, seit dem 08.07.18 bei mir in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Am 12.08.18 wurde mit der Diagnose F 43.2 G eine Kurzzeittherapie 1 beantragt und die erste bewilligte Stunde ist am 11.09.18 erfolgt.

Mit freundlichem Gruß



Mustana Mustertherapeutin

Schreiben wird vom Therapeuten persönlich bei der Abrechnungsabteilung abgegeben.

Berlin, den 27.08.18

Abrechnungsgenehmigung Gesprächsziffer

Sehr geehrte Frau Werner,
sehr geehrter Herr Büttner,

die Therapeutin Frau Mustana Mustertherapeutin hat nach vorheriger Absprache mit mir eine Krisensitzung mit dem Patienten M120808 durchgeführt wegen begründeter Krisenintervention während der Antragsphase.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Supermusta', written in a cursive style.

Supervisorin Dr. Supermusta

Erfassung Raumbuchungen Quartal 3/18

Wir bitten Sie, dieses Formular zu Ihrem Abrechnungstermin mitzubringen.

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Raumbuchungsnummer: *007*

Schwerpunkt/Jahrgang: *TP-KJZ 18*

Institution: *PHB gGmbH*

Erfassung von:

- **Anamnesen** (*keine Raummiete*)
- **Tests** (*keine Raummiete*) - hier nur SCL-90, IIP-D, CBCL, CFT, YSR, Leistungs- und Entwicklungstests und vom Institut vorgefertigte Testpakete
- **Supervisionsstunden** (*keine Raummiete*)
- **ausgefallener Probatorik** (*€ 1,00, bei Nichterscheinen des Patienten*)

Sagt der Patient vorher ab, bitte den Raum freistellen und nicht hier aufführen.

| Patient | Bitte eintragen: „A“ für Anamnese „T“ für Tests „Su“ für Supervision „P“ für ausgefallene Probatorik | Sitzungsdatum | Uhrzeit | Raum |
|-----------------------------|--|-----------------|--------------|-----------|
| <i>Musterano Mustermann</i> | <i>T</i> | <i>06.08.18</i> | <i>17:00</i> | <i>26</i> |
| <i>Musterano Mustermann</i> | <i>T</i> | <i>08.08.18</i> | <i>15:00</i> | <i>12</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Gesamtzahl: Anamnesen/Tests/Supervision 2
 Ausgefallene Probatorik 0

Krankenkasse bzw. Kostenträger
TK Berlin TP-KJZ-Beispiel Pat. 2

Name, Vorname des Versicherten
Musterkind, Musina geb. am **20.10.10**

Kostenträgerkennung **109577507** Versicherungs-Nr. **K531254521126** Status **3**

Betriebsstätten-Nr. **999999900** Arzt-Nr. **04.07.18**
 Inst.-kennz.

Abrechnungsschein

05

ambulante Behandlung bei belegärztlicher Behandlung Unfall, Unfallfolgen Quartal **3** **18**

Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie anerkannte Psychotherapie Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
F43.2G Supervisor: **Supervisto**

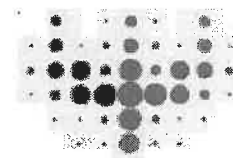
Ausbildungsteilnehmer: **Mustertherapeutin, Mustana**
 28.06.18
 Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides **25.08.18**

| Tag | Mon. | Tag | Mon. |
|-----|------|-----|------|
| 04 | 07 | 13 | 08 |
| 05 | 07 | 16 | 08 |
| 16 | 07 | 20 | 08 |
| 21 | 07 | 25 | 08 |
| 26 | 07 | 30 | 08 |
| 03 | 08 | 06 | 09 |
| 05 | 08 | 11 | 09 |
| 08 | 08 | 18 | 09 |
| 08 | 08 | 25 | 09 |
| 12 | 08 | | |

Mutmaßlicher Tag der Entbindung
 Stationäre belegärztliche Behandlung
 Tag Monat Tag Monat
 von bis
 Ich bin bei den oben genannten Krankenkassen versichert.
Unterschrift Elternteil
 bei dem minderjähriger Patient versichert ist

[Signature]
 Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten
Unterschrift Therapeut (0.2014)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen



BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Musina Musterkind*

Geboren am: *20.10.10*

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn der Patient zustimmt, dann ist dem **Hausarzt** zu Beginn (d. h. ab der ersten bewilligten Therapiestunde) und am Ende einer Behandlung ein Bericht zuzusenden. Bei längerer Behandlungsdauer zusätzlich nach jeweils einem Jahr.

Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon des Hausarztes:

Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.

Berlin, den *03.04.18*

Datum

Papamio Musterkind

Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/
(bei Kindern und Jugendlichen)

Info an den Therapeuten:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei dem vom Patienten angeführten Arzt um einen Hausarzt handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügt er nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt vom Patienten ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.

<https://www.arzt-auskunft.de/>

Krankenkasse bzw. Kostenträger
BKK VBU TP-KJZ-Beispiel Pat. 3

Name, Vorname des Versicherten
mit Kassenwechsel
 Mustermädchen, Mimi geb. am
17.04.12

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
 109723913 R12547895465 3

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
 Inst.-kennz. 999999900 05.07.18

Abrechnungsschein 05

ambulante Behandlung bei belegärztlicher Behandlung Unfall, Unfallfolgen **Schein 1/2** Quartal 3 18

Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie anerkannte Psychotherapie Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
 F33.0G Supervisor: Supermio

Ausbildungsteilnehmer: Mustertherapeutin, Mustana

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides 28.05.18

| Tag | Mon. | | Tag | Mon. | |
|-----|------|-------------------|-----|------|--|
| 05 | 07 | 35405-23211-98999 | | | |
| 10 | 07 | 35405 | | | |
| 16 | 07 | 35405 | | | |
| 21 | 07 | 35405 | | | |
| 26 | 07 | 35405 | | | |
| 03 | 08 | 35405 | | | |
| 05 | 08 | 35405 | | | |
| 06 | 08 | 35405 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Stationäre belegärztliche Behandlung
 von Tag Monat bis Tag Monat

Ich bin bei den oben genannten Krankenkasse versichert.

Unterschrift Elternteil
 bei dem minderjähriger Patient versichert ist
 Datum Unterschrift

Unterschrift Therapeut 0.2014

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Krankenkasse bzw. Kostenträger
TK TP-KJZ-Beispiel Pat. 3

Name, Vorname des Versicherten
mit Kassenwechsel
 Mustermädchen, Mimi geb. am
17.04.12

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
 109723913 R12547895465 3

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum
 Inst.-kennz. 999999900 05.07.18

Abrechnungsschein 05

ambulante Behandlung bei belegärztlicher Behandlung Unfall, Unfallfolgen **Schein 2/2** Quartal 3 18

Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie anerkannte Psychotherapie Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
 F33.0G Supervisor: Supermio

Ausbildungsteilnehmer: Mustertherapeutin, Mustana

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides 28.05.18

| Tag | Mon. | | Tag | Mon. | |
|-----|------|-------------------|-----|------|--|
| 10 | 08 | 35405-23211-98999 | | | |
| | | (Kassenwechsel) | | | |
| 15 | 08 | 35405 | | | |
| 26 | 08 | 35405 | | | |
| 04 | 09 | 35405 | | | |
| 25 | 09 | 35405 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

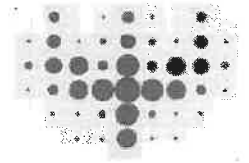
Stationäre belegärztliche Behandlung
 von Tag Monat bis Tag Monat

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Unterschrift Elternteil
 bei dem minderjähriger Patient versichert ist
 Datum Unterschrift

Unterschrift Therapeut 0.2014

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen



BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Mimi Mustermädchen*

Geboren am: *17.04.12*

Therapeut/in: *Mustana Mustertherapeutin*

Wenn der Patient zustimmt, dann ist dem **Hausarzt** zu Beginn (d. h. ab der ersten bewilligten Therapiestunde) und am Ende einer Behandlung ein Bericht zuzusenden. Bei längerer Behandlungsdauer zusätzlich nach jeweils einem Jahr.

Ihre schriftliche Entscheidung ist nach einer Bestimmung des V. Sozialgesetzbuches, § 73, Abs. 1b notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht erhält?

Nein

Ja

Name / Adresse / Telefon des Hausarztes:

Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.

Berlin, den *18.04.18* *Papamio Mustermädchen*

Datum

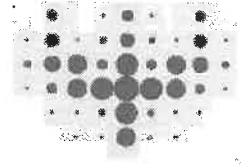
Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
(bei Kindern und Jugendlichen)

Info an den Therapeuten:

Klären Sie bitte unter u. a. Link, ob es sich bei dem vom Patienten angeführten Arzt um einen Hausarzt handelt, denn nur hier gilt die Berichtspflicht. Verfügt er nicht über die Bezeichnung, so lassen Sie das Formular nochmals korrekt vom Patienten ausfüllen und geben es bei der Abrechnungsabteilung ab.

<https://www.arzt-auskunft.de/>

Psychologische Hochschule Berlin gGmbH



Psychologische Hochschule Berlin gGmbH • Psychotherapeutische Ambulanz
Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin

Rechnungsadresse
Psychologische Hochschule Berlin gGmbH
Psychotherapeutische Ambulanz
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin

TK

Britta Chélard
Leistungsabteilung / Kassenfragen
Tel. +49 30/20 91 66 - 130
Fax +49 30/20 91 66 - 27
b.chelard@bdp-verband.de

20905 Hamburg

Berlin, den **06.08.18**

Kostenübernahme von Psychotherapieleistungen nach Kassenwechsel

Patient: **Mimi Mustermädchen** geb. : **17.04.12**

VS-Nr.: **R12547895465**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für o. g. Mitglied wurden durch die vorherige Krankenkasse **BKK VBU**

70 Stunden und **0** Bezugspersonenstunden im Verfahren Verhaltenstherapie/
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bewilligt. Die letzte Stellungnahme des Gutachters
erfolgte am **21.05.18** durch Frau/Herrn **Dipl.-Psych. Margit Seelchen**
mit der Anschrift **Begutachtungsmeile 19, 81539 München**

Bisher sind **30** Stunden und **0** Bezugspersonenstunden abgerechnet.

Wir bitten um Übernahme der restlichen **40** Stunden und **0** Bezugspersonenstunden
ab Datum der Mitgliedschaft o. g. Patientens. Vielen Dank.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter der 030- 20 91 66 - 110 oder - 130.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. 

Britta Chélard
Ambulanzmitarbeiterin

gez.
Imke Konopka
Ambulanzleiterin TP

gez.
Dr. Ruth Uwer
Ambulanzleiterin VT

gez.
Sabine Sterry
Ambulanzleiterin TP-KiJu

Anlage
Kopie des Anerkennungsbescheides