

Beispielabrechnung

VT

Siland 08.03.18

Grundständig Erwachsene
PHB-Spezifisch

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)

- Der Patient hat auf dem Formular „Berichtspflicht“ angekreuzt, dass er 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 4 probatorischen Sitzungen und der Durchführung des vorgeschriebenen PHB-Testpakets, 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 den durchgeführten Test auf, damit ihr hierfür keine Raummiete berechnet wird.

Patient 2

Musina Musteroma:

- Die Patientin befindet sich schon in laufender Kurzzeittherapie, deren 2. Schritt (KZT 2) am 28.06.18 bewilligt wurde. Die Patientin hat auf dem Formular „Berichtspflicht“ angekreuzt, dass sie 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 04.08.18 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.

Patient 3

Mimi Musterfrau:

- Die Patientin befindet sich schon in laufender Langzeittherapie, die am 23.03.18 bewilligt wurde. Im ersten Berichtspflichtformular hatte sie angekreuzt, dass sie 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 die 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).

Abrechnungsschein

05

Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Berlin VT-Beispiel Pat. 1

Name, Vorname des Versicherten
Mustermann, Musterano geb. am **12.08.67**

Kostenträgerkennung **109519005** Versicherten-Nr. **V012321456456** Status **1**

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

ambulante Behandlung bei belegärztlicher Behandlung Unfall, Unfallfolgen
 Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie anerkannte Psychotherapie
Quartal **3** **18**
Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
F43.2G Supervisor: **Supermusta**
Ausbildungsteilnehmer: **Mustertherapeutin, Mustana**
Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides **10.09.18**

Tag	Mon.		Tag	Mon.	
02	07	35151-35151-23211	12	08	35130-40124
		(Ambulanz-Vorgespräch)	25	08	23220
		40120 (Dr. Dietrich)			(50 Min. persönlich Krise)
16	07	35150	11	09	35421
21	07	35150	18	09	35421
26	07	35150	25	09	35421
01	08	35150	30	09	35421
03	08	35140			
06	08	35600(150 Min. Tests, div.)			

Mutmaßlicher Tag der Entbindung
[] [] []

Stationäre belegärztliche Behandlung
von [] [] [] Tag Monat bis [] [] Tag Monat

Ich bin bei den oben genannten Krankheitszustand.


Unterschrift Patient

Datum _____ Unterschrift _____


Unterschrift Therapeut
Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 5 (10.2014)

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

AOK Berlin	VT-Beispiel	Pat. 1	X		3	18
		linke Seite		X		X
Mustermann, Musterano		12.08.67				
			F43.2G	Supervisor:	Supermusta	
109519005	V012321456456	1	Ausbildungsteilnehmer:	Mustertherapeutin, Mustana		10.09.18
Inst.-kennz.	999999900	02.07.18				
02	07	35151-35151-23211	Sprechstunde-Grundpauschale			
		(Ambulanz-Vorgespräch)				
		40120 (Dr. Dietrich)	Porto Hausarztbericht (Arztname)			
16	07	35150	Probatorik			
21	07	35150	Probatorik			
26	07	35150	Probatorik			
01	08	35150	Probatorik			
03	08	35140	biograf. Anamnese			
06	08	35600(150 Min.Tests,div.)	Test (standardisiert)			



Unterschrift Patient



Unterschrift Therapeut

AOK Berlin	VT-Beispiel	Pat. 1	X		3	18
		rechte Seite		X		X
Mustermann, Musterano		12.08.67				
			F43.2G	Supervisor:	Supermusta	
109519005	V012321456456	1	Ausbildungsteilnehmer:	Mustertherapeutin, Mustana		10.09.18
Inst.-kennz.	999999900	02.07.18				

Antrag (Kurzzeit)-Porto	12	08	35130-40124
Gesprächsleistung	25	08	23220
			(50 Min. persönlich Krise)

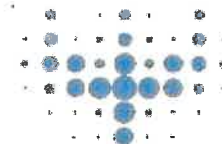
Kurzzeittherapiesitzung 1	11	09	35421
Kurzzeittherapiesitzung 1	18	09	35421
Kurzzeittherapiesitzung 1	25	09	35421
Kurzzeittherapiesitzung 1	30	09	35421



Unterschrift Patient



Unterschrift Therapeut



BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Musterano Mustermann*

Geboren am: *12.08.67*

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 *01.08.18*

Datum

Masterano 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 Kölnischen Park 2
10179 Berlin
Tel.: 030 – 20 99 66 - 110**

**Herrn
Dr. Dietrich
Behandlungsstraße 17**

KOPIE für die Ambulanz

10117 Berlin

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. 12.08.67, seit dem 16.07.18 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 M120867 durchgeführt wegen begründeter Krisenintervention während der Antragsphase.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Supermusta', with a long horizontal stroke extending to the right.

Supervisorin Dr. Supermusta

Erfassung Raumbuchungen Quartal 3/18

Wir bitten Sie, dieses Formular zu Ihrem Abrechnungstermin mitzubringen.

Therapeut/in: *Mustana Musterttherapeutin*

Raumbuchungsnummer: *007*

Schwerpunkt/Jahrgang: *VT 16* 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>

Gesamtzahl: Anamnesen/Tests/Supervision *1*
 Ausgefallene Probatorik *0*

Abrechnungsschein

05

ambulante Behandlung
 bei belegärztlicher Behandlung
 Unfall, Unfallfolgen
 Quartal 3 18
 Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie
 anerkannte Psychotherapie
 Geschlecht X

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

F43.2G Supervisor: Supervisto

Ausbildungsteilnehmer: Mustertherapeutin, Mustana

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides 28.06.18 25.08.18

Krankenkasse bzw. Kostenträger
TK Berlin VT-Beispiel Pat. 2

Name, Vorname des Versicherten
Musteroma, Musina geb. am **20.10.50**

Kostenträgerkennung **109577507** Versicherten-Nr. **K531254521126** Status **5**

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

Tag	Mon.	35422-23212-98999	Tag	Mon.	35422
04	07	35422	16	08	35422
10	07	35422	20	08	35422
16	07	35422	25	08	35422
21	07	35422	30	08	35425
26	07	35422	06	09	35425
04	08	35131-40124	11	09	35425
08	08	35422-35422	18	09	35425
		(Exposition außer Haus)	25	09	35425
12	08	35422			
13	08	35422			

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

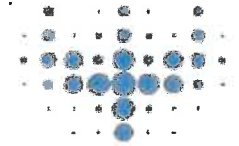
Stationäre belegärztliche Behandlung
 von Tag Monat bis Tag Monat

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert
Unterschrift Patient
 Datum Unterschrift

Unterschrift Therapeut
Stempel des Vertragsarztes/Ärztinnen

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 5 (10.2014)



BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Musina Musteroma*

Geboren am: *20.10.50*

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

Musina Musteroma

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/>

Krankenkasse bzw. Kostenträger
BKK VBU VT-Beispiel Pat. 3
 Name, Vorname des Versicherten
mit Kassenwechsel
 geb. am
Musterfrau, Mimi 17.04.84
 Kostenträgerkennung
109723913 Versicherten-Nr.
R12547895465 Status
1
 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**
28.05.18
 Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

Tag	Mon.	Tag	Mon.
05	07	35425-23211-98999	
10	07	35425	
16	07	35425	
21	07	35425	
26	07	35425	
03	08	35425	
05	08	35425	
06	08	35425	

Mutmaßlicher Tag der Entbindung
 Stationäre belegärztliche Behandlung
 von Tag Monat bis Tag Monat
 Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.
Unterschrift Patient
 Datum Unterschrift

Unterschrift Therapeut
 Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 5 (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger
TK VT-Beispiel Pat. 3
 Name, Vorname des Versicherten
mit Kassenwechsel
 geb. am
Musterfrau, Mimi 17.04.84
 Kostenträgerkennung
109939003 Versicherten-Nr.
R12547895465 Status
1
 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**
28.05.18
 Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

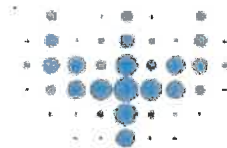
Tag	Mon.	Tag	Mon.
10	08	35425-23211-98999	
		(Kassenwechsel)	
15	08	35425	
26	08	35425	
04	09	35425	
25	09	35425	

Mutmaßlicher Tag der Entbindung
 Stationäre belegärztliche Behandlung
 von Tag Monat bis Tag Monat
 Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.
Unterschrift Patient
 Datum Unterschrift

Unterschrift Therapeut
 Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 5 (10.2014)



BERICHTSPFLICHT

Patient/in: *Mimi Musterfrau*

Geboren am: *17.04.84*

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* *Mimi Musterfrau*

Datum

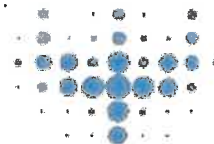
Unterschrift Patient/in, bzw. Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
(bei Kindern und Jugendlichen)

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 Musterfrau** geb. : **17.04.84**

VS-Nr.: **R12547895465**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

60 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 **12** Stunden und **0** Bezugspersonenstunden abgerechnet.

Wir bitten um Übernahme der restlichen **48** 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