

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**I. Beihilfeberechtigter**

Name, Vorname	Personalnummer
---------------	----------------

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

....., den

.....
(Unterschrift des Beihilfeberechtigten)

II. Auskunft des Patienten

A) Wer wird behandelt?

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

B) Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Herrn/Frau
dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht des
Arztes oder Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass der
Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig
ist.

....., den

.....
(Unterschrift des Patienten oder des
gesetzlichen Vertreters)

III. Bescheinigung des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- ☐ Erstbehandlung ☐ Verlängerung/Folgebehandlung
- ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ analytische Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von bis Anzahl der Sitzungen

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

..... Anzahl der Einzelsitzungen Anzahl der Gruppensitzungen

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

- ☐ ja ☐ nein

..... Anzahl der Sitzungen

203204

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- ☐ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- ☐ Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- ☐ Bereichsbezeichnung Psychotherapie,
verliehen: ☐ vor dem 1. April 1984
☐ nach dem 1. April 1984
- ☐ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- ☐ Bereichsbezeichnung Psychoanalyse
- ☐ Qualifikation in Gruppenpsychotherapie liegt vor

2. Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
(Zutreffendes ankreuzen, Angaben bitte vollständig und lesbar ausfüllen!)

Approbation als

- ☐ Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- ☐ gem. § 12 PsychThG (Übergangsregelung)
- ☐ gem. § 2 in Verbindung mit §§ 5 und 6 PsychThG (staatlicher Abschluss)

KV-Zulassung, KV-Nr.: _____

KV-Ermächtigung, KV-Nr.: _____, befristet bis _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister als

- ☐ Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

bei der Kassenärztlichen Vereinigung _____

Für welche anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine KV-Zulassung/Ermächtigung oder ein Eintrag ins
Arztregister vor?

- ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ analytische Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie

bei ☐ Erwachsenen, bei ☐ Kindern und Jugendlichen, in ☐ Gruppen.Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV)
anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut: ja ☐ nein ☐für ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie,
☐ Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: _____

Datum des Abschlusses: _____

_____, den _____

(Stempel und Unterschrift des Therapeuten)