

## 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

## 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)