Name und Anschrift der Krankenkasse Freigabe 20.02.2020	Angaben Therapeut*in PTV	
KZTI AP	Chiffre Patient*in A O A O 2 6 3	
	Anfangsbuchstabe Geburtsdatum des Familiennamens 6-stellig	
	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)	
	MINDESTENS EINE SCENERE DIGME	
	Es-liegt-eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.	
Psychotherapie	·	
für Erwachsene (Erw)	ittherapie 1 (KZT 1) ausschließlich Einzeltherapie	
für Kinder und Jugendliche (KiJu) Kurzzei	ttheraple 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherap	
Analytische Psychotherapie (AP) Langze	ittherapie (LZT) als Kombinationsbehandlung mit	
Systemische	überwiegend	
Tiefenpsychologisch	überwiegend	
fundierte Psychotherapie (TP)	nwandlung Gruppentherapie Kombinationsbehandlung	
Verhaltenstherapie (VT)	rtführung durch zwei Therapeut*innen	
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschrift 1	(A,	
Einzelbehandlung Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten)		
Gruppenbehandlung Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)		
Akutbehandlung		
Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)	AUS BILD WAS LETUR	
Letztes Gutachten durch Name	DR. Bycu. 92278.0 Datum des Gutachtens CORDAN - SERGAN	
Name	T T MAN I I	
Erklärung Therapeut*in / AUSZ AUSS LAND LATT III lich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweilst der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von de Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abr	g geltenden Bestimmungen er zuständigen	
Ausfertigung Krankenkasse	Ausstellungsdatum 2 3 6 3 2 3 Stempel / Unterschrift Therapeut in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V	
ridoror ugurig ritumvolikuooc		

Name und Anschrift der Krankenkasse Freigabe 20.02.2020	Angaben Therapeut*in PTV 2	
UZT2 NACH (UZTA	Chiffre Patient*in A O A O 2 6 2	
10	des Familiennamens 6-stellig	
AF	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig) NINDESTENS EINE SESSETE TO NESSES	
	2.20 , 0.00 0.00 0.00 0.00	
	Es-liegt-eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.	
Psychotheraple		
für Erwachsene (Erw) Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) ausschließlich Einzeitherapie		
für Kinder und Jugendliche (KiJu)	ttheraple 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentheraple	
Analytische Psychotherapie (AP) Langze	ittherapie (LZT) als Kombinationsbehandlung mit	
Systemische Therapie (ST)	überwiegend stantrag Einzeltherapie	
Tiefenpsychologisch	überwiegend	
fundierte Psychotherapie (TP)	nwandlung Gruppentherapie Kombinationsbehandlung	
Verhaltenstherapie (VT)	rtführung durch zwei Therapeut*innen	
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt	t werden beantragt	
Therapleeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 /		
Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligu Therapieeinheiten mit GOP des EBM Bei Erstanträgen angeben: Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben: Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen: 1. Sitzung am TTMMJJ 2. Sitzung am	B, 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	
Bisheriger Behandlungsumfang (วิษา ฮิยารายนา วิย	r Antragetellung)	
8 Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) 2 5 4	(1),	
Gruppenbehandlung Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)		
Akutbehandlung		
Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)	AUS BILD WAS LETTELY	
Letztes Gutachten durch Name	Datum des Gutachtens Cortain - Seesan	
	TTMM	
Erklärung Therapeut*in / AUS 2 (20 USS) (LASS (DAT) in Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von de Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abr	geltenden Bestimmungen er zuständigen	
	Ausstellungsdatum O a a a O a Stempel / Unterschrift Therapout*in	
Ausfertigung Krankenkasse	2 3 6 8 2 3 Stempel / Unterschrift Therapeut'in bow. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V	
	Muster PTV 2a (7.2020)	

Name und Anschrift der Krankenkasse Freigabe 20.02.2020	Angaben Therapeut*in PTV	
LZT AP	Chiffre Patient'in A O A O 2 O 3	
	Anfangsbuchstabe Geburtsdatum des Familiennamens 6-stellig	
	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)	
	MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOEE	
	Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.	
Psychotherapie	_	
für Erwachsene (Erw)	ttheraple 1 (KZT 1) ausschließlich Einzeltheraple	
für Kinder und Jugendliche (KiJu) Kurzzeit	ttherapie 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherapie	
Analytische Psychotherapie (AP) Langzei	ttheraple (LZT) als Kombinationsbehandlung mit	
Systemische Theraple (ST)	überwiegend tantrag Einzeitherapie	
Tiefenpsychologisch	überwiegend Gruppentherapie	
	Kombinationsbehandlung	
vernaliteristrierapie (v1)	tführung durch zwei Therapeut*Innen	
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt		
Therapleeinheiten mit GOP des EBM 354 A	\$,,	
Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligu	ngsschritt werden beantragt	
Therapleeinheiten mit GOP des EBM	В, В	
Bei Erstanträgen angeben: Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten	Bei Anträgen auf LZT angeben: Soll nach Abschluss der Behandlung eine	
2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:	Rezidivprophylaxe durchgeführt werden	
Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:	ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten	
1. Sitzung am 0 1 0 1 2 3	nein	
2. Sitzung am 6 5 0 1 2 3	noch nicht absehbar	
	ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich	
Bisheriger Behandlungsumfang		
Einzelbehandlung Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten)		
Gruppenbehandlung		
Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
Akutbehandlung		
Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)	AUS BILD WAS LET US	
Letztes Gutachten durch Name	Datum des Gutachtens CORTANN - SERSAN	
	TITMMJJ	
ان : المن هميا دعي الله الله الله الله الله الله الله الل	geltenden Bestimmungen	
der vertragsärztlichen Versörgung durch und habe von de Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abre	r zuständigen hina in and in a	
	Ausstellungsdatum	
Ausfertigung Krankenkasse	2303Stempel / Unterschrift Therapeut'in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V	

Г

Name und Anschrift der Krankenkasse	Angaben Therapeut*in PTV 2		
LZT FORTFUHRURY XP	Chiffre Patient*in A O A O 2 O 2		
2 2 1 702. 10m20 g	Anfangsbuchstabe Geburtsdatum des Familiennamens 6-stellig		
	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)		
	MINDESTENS EINE PESICHERTE DIAGNOSE		
L J	Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.		
Psychotheraple			
für Erwachsene (Erw) Kurzzeitt	therapie 1 (KZT 1) ausschließlich Einzeltherapie		
für Kinder und Jugendliche (KiJu) Kurzzeiti	therapie 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherapie		
Analytische Psychotherapie (AP) Langzeit	therapie (LZT) als Kombinationsbehandlung mit		
Systemische Theraple (ST) Erst	antrag Überwiegend Einzeltheraple		
Tiefenpsychologisch	überwiegend Gruppentherapie		
	Kombinationsbehandlung		
vernaliteristrierapie (v1)	führung durch zwei Therapeut*inñen		
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt			
Therapleeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 1	5, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligur	ngsschritt werden beantragt		
Therapieeinheiten mit GOP des EBM	В,В		
Bei Erstanträgen angeben: Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten	Bei Anträgen auf LZT angeben: Soll nach Abschluss der Behandlung eine		
2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:	Rezidivprophylaxe durchgeführt werden		
Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:	ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten		
1. Sitzung am TTMMJJ	nein		
2. Sitzung am TTMMJJ	2. Sitzung am TTMMJJJ		
ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich			
Bisheriger Behandlungsumfang (2 on Leit วิยเร อิยเรียย์ อิยเรายย์ เกรย์ เกรย	ANTEXCITELLUNG)		
1 4 0 Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 3 5 4 A	5,		
Gruppenbehandlung Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2			
und LZT (1 TE = 100 Minuten)			
Akutbehandlung Thorapiaeipheiten (1 TE – 50 Minuten)			
TherapieeInheiten (1 TE = 50 Minuten) Letztes Gutachten durch	AUSBILD WAS LEITWAY DALPAYUL SERTRAD		
Name	Datum des Gutachtens CORTIAN - SEEGAN		
LIAME DES GUTACHTELS Erklärung Therapeut'in / Ausbica was kandidat: in	610822		
Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der	geltenden Bestimmungen		
Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abre	chnungsgenehmigung.		
	Ausstellungsdatum 2 3 5 3 2 3 Stempel / Unterschrift Therapeut'in bxw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V		
Ausfertigung Krankenkasse	bxw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V Muster PTV 2a (7.2020)		

Name und Anschrift der Krankenkasse Freigabe 20.02.2020	Angaben Therapeut*in PTV 2	
LZT1 MCH KZT 1 AP	Chiffre Patient'in A O A O 2 6 2	
	Anfangsbuchstabe Geburtsdatum des Familiennamens 6-stellig	
	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)	
	MINDESTENS EINE SCRICHERTE DINGHIE	
L	Es llegt-eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.	
Psychotherapie		
für Erwachsene (Erw)	reittherapie 1 (KZT 1) ausschließlich Einzeitherapie	
für Kinder und Jugendliche (KiJu) Kurzz	zeittherapie 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherapie	
Analytische		
Psychotheraple (AP) Systemische	zeittherapie (LZT) als Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
Therapie (ST)	Erstantrag Einzeltherapie	
Tlefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	Jmwandlung überwiegend Gruppentherapie	
Verhaltenstherapie (VT)	Fortführung Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen	
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschr 4 8 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewillig Therapieeinheiten mit GOP des EBM	gungsschritt werden beantragt B, B Bei Anträgen auf LZT angeben:	
Bisheriger Behandlungsumfang (1017 4217 70047 3)		
Einzelbehandlung		
8 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten)	A A , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
Gruppenbehandlung Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2		
Akutbehandlung Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)		
Letztes Gutachten durch	AUS & 1 - D WX S LETUL DR. Payer . Gertrus	
Name	Datum des Gutachtens CORTIAN - SERGAN	
	TTMMJJ	
Erklärung Therapeut'in / AUSG: COUSS (LOUDE) TO COUST (LOUDE) TO COUST (LOUDE) COUST (ils geltenden Bestimmungen der zuständigen	
	Ausstellungsdatum	
Ausfartigung Krankar kassa	2 3 6 3 2 3 Stempel / Unterschrift Therapeut'in bow. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V	
Ausfertigung Krankenkasse	Muster PTV 2a (7 2020	

Г

Name und Anschrift der Krankenkasse Freigabe 20.02.2020	Angaben Therapeut*in PTV	
KZT1 TP	Chiffre Patient*in A O A O 2 O Z Anfangsbuchstabe des Familiennamens 6-stellig	
	des Familiennamens 6-stellig Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)	
	HINDESTENS GIVE SCSICHERTE DIMENIE	
_	Es-liegt afne Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.	
Psychotheraple		
für Erwachsene (Erw)	ttherapie 1 (KZT 1) susschließlich Einzeltherapie	
	therapie 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherapie	
Analytische Psychotherapie (AP) Langze	eittheraple (LZT) als Kombinationsbehandlung mit	
Systemische Therapie (ST)	stantrag Überwiegend Einzeltherapie	
Tiefenpsychologisch	überwiegend	
	Kombinationsbehandlung	
Verhaltenstherapie (VT)	ortführung durch zwei Therapeut*innen	
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschri 2 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewillig Therapieeinheiten mit GOP des EBM Bei Erstanträgen angeben: 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben: Durchführung von Zwei probatorischen Sitzungen: 1. Sitzung am T T M M J J 2. Sitzung am T T M M J J	ungsschritt werden beantragt B, Bei Anträgen auf LZT angeben:	
	ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich	
Bisheriger Behandlungsumfang Einzelbehandlung		
Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten)		
Gruppenbehandlung Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)		
Akutbehandlung		
Therapleeinheiten (1 TE = 50 Minuten)	AUSBILD WES LETAL	
Letztes Gutachten durch	DR. Payon. GERTRUD	
Name	Datum des Gutachtens CORTAN - SERGAN	
Erklärung Therapeut'in / AUSZI (AUSZI	s geltenden Bestimmungen er zuständigen	
	Ausstellungsdatum 2 3 6 3 2 3 Stempel / Unterschrift Therapeut in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V	
Ausfertigung Krankenkasse		

Name und Anschrift der Krankenkasse Freigabe 20.02.2020	Angaben Therapeut*in PTV 2
KZT2 HAVEN LEGTA TP	Chiffre Patient*in A O A O 2 O 3
	Anfangsbuchstabe Geburtsdatum des Familiennamens 6-stellig
	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)
	MINDESTENS SINE SECURES IN MINORE
	Es-liegt-eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.
Psychotherapie	
für Erwachsene (Erw) Kurzzeit	ttherapie 1 (KZT 1) ausschließlich Einzeltherapie
für Kinder und Jugendliche (KiJu)	ttherapie 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherapie
Analytische Psychotherapie (AP) Langzei	ittherapie (LZT) als Kombinationsbehandlung mit
Systemische Therapie (ST)	tantrag Überwiegend Einzeltheraple
	überwiegend Gruppentherapie
	Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen
	duicit zwer merapeut inner
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt	
Therapleeinheiten mit GOP des EBM 3 T 4 0	2,
Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligu Therapieeinheiten mit GOP des EBM	ngsschritt werden beantragt
Bei Erstanträgen angeben: Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten	Bei Anträgen auf LZT angeben: Soll nach Abschluss der Behandlung eine
2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:	Rezidivprophylaxe durchgeführt werden
Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:	ja, mit voraussichtlich Therapieelnheiten
1. Sitzung am TTMMJJ	neln
2. Sitzung am TTMMJJJ	noch nicht absehbar
	ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich
Bisheriger Behandlungsumfang (1 on ละกาวบนรา อะก	ANTRACSTELLUNG)
Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 3 5 4 0 und LZT (1 TE = 50 Minuten)) 4
Gruppenbehandlung	
TherapleeInheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)	
Akutbehandlung Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)	
Letztes Gutachten durch	AUSBILD WIS LETUE DR. Payon, Sectro
Name	Datum des Gutachtens CORTIAN - SERGAN
	1 1 MM J J
Erklärung Therapeut'in / AUSE (a) USS (LASS) (DAT III Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abre	geltenden Bestimmungen ir zuständigen
	Ausstellungsdatum
Ausfertigung Krankenkasse	2 3 6 3 2 3 Stempel / Unterschrift Therapeut'in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V
Austerliguity Istalikelikasse	

Name und Anschrift der Krankenkasse	Freigabe 20.02.2020	Angaben Th	erapeut*in	PTV 2
C2T1	TP			1000
	' '	Chiffre Patient*in Anfangsbu	A O A O 2 O Z	711V
		des Familien	namens 6-stellig	
		Diagnose(n) (ICD-10	<u> </u>	
		HINDESTEIN	EILE SESICHERTE	عدماهم ال
L		Es llegt eine D	Diagnose nach F70-F79 (ICD-	-10-GM) vor.
Psychotheraple			. —	
für Erwachsene (Erw)	Kurzzeit	therapie 1 (KZT 1)	ausschließlich Einzelf	theraple
für Kinder und Jugendliche	(KiJu) Kurzzeit	therapie 2 (KZT 2)	ausschließlich Grupp	entheraple
Analytische Psychotherapie (AP)		therapie (LZT) als	Kombinationsbehand	llung mit
Systemische Therapie (ST)	X Ersf	tantrag	überwiegend Einzeltherapie	
Tiefenpsychologisch			überwiegend	
fundierte Psychotherapie (T		wandlung	Gruppentherapie Kombinationsbe	
Verhaltenstherapie (VT)	Fort	tführung	durch zwei Thera	apeut*Innen
Für die KZT1, KZT2 oder LZT i	n diesem Bewilligungsschritt	werden beantragt		
60 Therapieeinheiten mit	t GOP des EBM 3 5 4 6	5,		
Für den Einbezug von Bezugsp	personen in diesem Rewilliau	ngsschritt warden ha	aantragt	
Therapleeinheiten mi		B, B	В	
Bei Erstanträgen angeben: Vor der jetzigen Behandlung	g wurde innerhalb der letzten	Bei Anträgen auf LZT Soll nach Abschlu	rangeben: uss der Behandlung eine	
2 Jahre bereits eine KZT1, Bei Erst- und Umwandlungsanträgen a	KZT2 oder LZT durchgeführt		e durchgeführt werden	
Durchführung von zwei probatorischen Sitzun	gen:	ja, mit vorau	ssichtlich Thera	pieeinheiten
1. Sitzung am O A O A	23	nein		
2. Sitzung am 6 5 0 1 2 3				
		ein Fortführu	ungsantrag ist voraussichtlich	n erforderlich
Bisheriger Behandlungsumfan	g			
Einzelbehandlung Therapieeinheiten in und LZT (1 TE = 50 M				
Gruppenbehandlung	ninuterij	*	3	
Therapieeinheiten in und LZT (1 TE = 100	der KZT1, KZT2 Minuten)	,],	
Akutbehandlung				
Therapleeinheiten (1	TE = 50 Minuten)		AUSBILDUX	SLEITUUM
Letztes Gutachten durch Name		Datum des Gutac	DR. Payon . 9227	
		TTMMJ	1	
Erklärung Therapeut*in / Aus	יבו אל האט מאל גייני של יבול אל יבול מים יבול אל יבול מים יבול אל יבול אל יבול אל יבול אל יבול אל יבול אל יבול ychotherapie nach den jeweils	Geltenden Bestimmun	gen wiches	Muste
dei vertragsarztiiorien verst	orgung durch und habe von der ng die hierfür erforderliche Abre	Zustariulgeri	DIII	
		Ausstellungsdatu	m	
Ausfertigung Krankenk	asse	23032	Stempel / Unterschrift 1 bzw. Ambulanz gemäß § 11	Therapeut'in 7 Abs. 3 SGB V
Addictinguing Krankenk	4000		Mus	ster PTV 2a (7.2020)

Name und Anschrift der Krankenkasse	Angaben Therapeut*in PTV 2
LZT FORTEGING TP	Chiffre Patient in A O A O 2 6 3
,	Anfangsbuchstabe Geburtsdatum des Familiennamens 6-stellig
	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)
	HINDESTENS EINE PERICATE DIAME
	Es-liegt-eiñe Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.
	Es negli cine bilagnose hashi i to 170 (lob to alin) voi.
Psychotherapie	
	ttherapie 1 (KZT 1)
	ttherapie 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherapie
Analytische	
Psychotherapie (AP) Systemische	ttherapie (LZT) als Kombinationsbehandlung mit überwiegend
Therapie (ST)	tantrag Einzeltherapie
Tlefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	wandlung überwiegend Gruppentherapie
Verhaltenstherapie (VT)	tführung Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt C	
Therapiecimeter filt COT des EDW 6 3 4	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligu	ngsschritt werden beantragt
Therapieeinheiten mit GOP des EBM	B, B
Bei Erstanträgen angeben: Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten	Bei Anträgen auf LZT angeben: Soll nach Abschluss der Behandlung eine
2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:	Rezidivprophylaxe durchgeführt werden
Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:	ja, mit voraussichtlich Therapleeinheiten
1. Sitzung am TTMMJJJ	nein
2. Sitzung am TTMMJJJ	noch nicht absehbar
	ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich
Bisheriger Behandlungsumfang (104 - 1277 DET DET	2 AUTRICITELLUNG)
Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2	
Gruppenbehandlung	
Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)	
Akutbehandlung	
TherapleeInheiten (1 TE = 50 Minuten)	AUS BILD WES LET WAS
Letztes Gutachten durch Name	Datum des Gutachtens Cortain - Seegan
	T T MAN I I
Erklärung Therapeut'in / AUSZI (a) USS (AUS) (AUT. III	J VORDANE NACHDANE
Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von de Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abre	r zuständigen ""hindii"
33	Ausstellungsdatum
	235 Stempel / Unterschrift Therapeut'in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V
Ausfertigung Krankenkasse	Muster PTV 2a (7.2020)

Name und Anschrift der Krankenkasse Freigabe 20.02.2020	Angaben Therapeut*in PTV 2
LZT1 MACH LETT TP	Chiffre Patient'in A O A o 2 o 2
,	Anfangsbuchstabe Geburtsdatum des Familiennamens 6-stellig
	Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)
	MINDESTENS EINE SESIENTE DIAGNOE
L	Es-liegt-eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.
Psychotherapie	. —
für Erwachsene (Erw) Kurzzelt	theraple 1 (KZT 1) ausschließlich Einzeltheraple
für Kinder und Jugendliche (KiJu) Kurzzeit	therapie 2 (KZT 2) ausschließlich Gruppentherapie
Analytische Psychotherapie (AP) Langzeli	ttheraple (LZT) als Kombinationsbehandlung mit
Systemische Theraple (ST) Erst	überwiegend Einzeltherapie
	überwiegend wandlung Gruppentherapie
	Kombinationsbehandlung
Verhaltenstheraple (VT)	führung durch zwei Therapeut*innen
Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt	
4 8 TherapleeInheiten mit GOP des EBM 3 5 4 0	6, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligu	ngsschritt werden beantragt
Therapieeinheiten mit GOP des EBM	В,В
Bei Erstanträgen angeben: Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten	Bei Anträgen auf LZT angeben: Soll nach Abschluss der Behandlung eine
Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:	Rezidivprophylaxe durchgeführt werden
Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:	ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten
1. Sitzung am 0 1 0 1 2 3	nein
2. Sitzung am 6 5 0 1 2 3	noch nicht absehbar
	ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich
Bisheriger Behandlungsumfang (100 2277004T DEG	ANTERCITELLUNG)
Einzelbehandlung 8 TherapleeInheiten in der KZT1, KZT2 3 5 4 0 und LZT (1 TE = 50 Minuten)	/
Gruppenbehandlung	
Therapleeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)	
Akutbehandlung	
Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)	AUS BILD WAS LETURA DR. Payer Gerres
Letztes Gutachten durch Name	Datum des Gutachtens CORTANN - SERGAN
	TTMMJJ
Erklärung Therapeut*in / AUSZ (2) UNS (LAUS) (DAT: III	geltenden Bestimmungen
der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abre	
	Ausstellungsdatum
Ausfertigung Krankenkasse	2 3 0 8 2 3 Stempel / Unterschrift Therapeut'in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V
	Muster PTV 2a (7.2020)