

KZT1 AP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- Psychotherapie options: für Erwachsene (Erw), für Kinder und Jugendliche (KJJu), Analytische Psychotherapie (AP), Systemische Therapie (ST), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT)

- Therapieoptionen: Kurzzeittherapie 1 (KZT 1), Kurzzeittherapie 2 (KZT 2), Langzeittherapie (LZT) als Erstantrag, Umwandlung, Fortführung

- Therapieformen: ausschließlich Einzeltherapie, ausschließlich Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie, überwiegend Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

1 2 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 1 1

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

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 0 1 0 1 2 3

2. Sitzung am 0 5 0 1 2 3

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

Einzelbehandlung

Therapieeinheiten 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)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

T T M M J J

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSKANDIDAT: IN VORLIEGE NACHHINE

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

2 3 0 3 2 3

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORTALAN - BERGHAU

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse

KZT 2 nach KZT 1
AP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- for Erwachsene (Erw)
for Kinder und Jugendliche (KJJu)
Analytische Psychotherapie (AP)
Systemische Therapie (ST)
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
Verhaltenstherapie (VT)
Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
Langzeittherapie (LZT) als
Erstantrag
Umwandlung
Fortfuehrung
ausschliesslich Einzeltherapie
ausschliesslich Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung mit
ueberwiegend Einzeltherapie
ueberwiegend Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Fur die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

1 2 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 1 2

Fur den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

Bei Erstantraegen angeben:

Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgefuehrt

Bei Erst- und Umwandlungsantraegen angeben:

Durchfuhrung von zwei probatorischen Sitzungen:

1. Sitzung am TTMMJJ

2. Sitzung am TTMMJJ

Bei Antraegen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgefuehrt werden

- ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten
nein
noch nicht absehbar
ein Fortfuhrungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

Einzelbehandlung

8 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) 2 5 4 1 1

Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)

Akutbehandlung

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORTIANS - SEEBAU

Erklaerung Therapeut*in / AUSBILDUNGSKANDIDAT:IN VORNAME NACHNAME

Ich fuehre die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsaerztlichen Versorgung durch und habe von der zustaeundigen Kassenaerztlichen Vereinigung die hierfueur erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

2 3 0 3 2 3

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemass § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse



LZT AP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3

Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

KINDERSTERN EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- Psychotherapy options: für Erwachsene (Erw), für Kinder und Jugendliche (KJJu), Analytische Psychotherapie (AP), Systemische Therapie (ST), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT)

- Therapy duration options: Kurzzeittherapie 1 (KZT 1), Kurzzeittherapie 2 (KZT 2), Langzeittherapie (LZT) als Erstantrag, Umwandlung, Fortführung

- Therapy type options: ausschließlich Einzeltherapie, ausschließlich Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie, überwiegend Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

160 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35415

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

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 010123

2. Sitzung am 050123

Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden

- Options for follow-up: ja, mit voraussichtlich, nein, noch nicht absehbar, ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang

Einzelbehandlung

Therapieeinheiten 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)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSLEITENDEN VORNAME NACHNAME

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

230323

AUSBILDUNGSLEITEND DR. PSYCH. GERTRUD CORTIUS - BERGHAU

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse

LZT FORTFÜHRUNG AP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- for Erwachsene (Erw)
for Kinder und Jugendliche (KJJu)
Analytische Psychotherapie (AP)
Systemische Therapie (ST)
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
Verhaltenstherapie (VT)

- Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
Langzeittherapie (LZT) als
Erstantrag
Umwandlung
Fortführung

- ausschließlich Einzeltherapie
ausschließlich Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung mit
überwiegend Einzeltherapie
überwiegend Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

140 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35415

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

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 TTMMJJ

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 (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

Einzelbehandlung

140 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) 35415

Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)

Akutbehandlung

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch Name

NAME DES GUTACHTERS

Datum des Gutachtens

010822

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORTMAN - BERGAW

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSKANDIDAT:IN VORNAME NACHNAME

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

230323

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse

LZT1 nach KZT 1 AP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- for Erwachsene (Erw)
for Kinder und Jugendliche (KJJu)
Analytische Psychotherapie (AP)
Systemische Therapie (ST)
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
Verhaltenstherapie (VT)

- Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
Langzeittherapie (LZT) als
Erstantrag
Umwandlung
Fortfuehrung

- ausschliesslich Einzeltherapie
ausschliesslich Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung mit
ueberwiegend Einzeltherapie
ueberwiegend Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Fur die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

148 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35415

Fur den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

Bei Erstantraegen angeben:

Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgefuehrt

Bei Erst- und Umwandlungsantraegen angeben:

Durchfuhrung von zwei probatorischen Sitzungen:

1. Sitzung am 010123

2. Sitzung am 050123

Bei Antraegen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgefuehrt werden

- ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten
nein
noch nicht absehbar
ein Fortfuhrungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang (zum Zeitpunkt der Antragsstellung)

Einzelbehandlung

8 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) 35411

Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)

Akutbehandlung

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORTALAN - BERGAW

Erklaerung Therapeut*in / AUSBILDUNGSKANDIDAT:IN VORNAME NACHNAME

Ich fuehre die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsaerztlichen Versorgung durch und habe von der zustaeundigen Kassenaeerztlichen Vereinigung die hierfueur erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

230323

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemaeu § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse

KZT 1

TP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- for Erwachsene (Erw)
for Kinder und Jugendliche (KJJu)
Analytische Psychotherapie (AP)
Systemische Therapie (ST)
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
Verhaltenstherapie (VT)

- Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)
Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)
Langzeittherapie (LZT) als
Erstantrag
Umwandlung
Fortfuhrung

- ausschlieBlich Einzeltherapie
ausschlieBlich Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung mit
uberwiegend Einzeltherapie
uberwiegend Gruppentherapie
Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Fur die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

12 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35401

Fur den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

Bei Erstantragen angeben:

Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgefuhrt

Bei Erst- und Umwandlungsantragen angeben:

Durchfuhrung von zwei probatorischen Sitzungen:

1. Sitzung am TTMMJJ

2. Sitzung am TTMMJJ

Bei Antragen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgefuhrt werden

- ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten
nein
noch nicht absehbar
ein Fortfuhrungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang

Einzelbehandlung

Therapieeinheiten 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)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORTMAN - BERGAW

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSLEITUNG: IN VORLIEGE NACHHINDE

Ich fuhre die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfur erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

230323



KZT2 durch KZT1 TP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- Psychotherapie options: Erwachsene (Erw), Kinder und Jugendliche (KJJu), Analytische Psychotherapie (AP), Systemische Therapie (ST), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT)

- Therapieoptionen: Kurzzeittherapie 1 (KZT 1), Kurzzeittherapie 2 (KZT 2), Langzeittherapie (LZT) als Erstantrag, Umwandlung, Fortführung

- Therapieoptionen: ausschließlich Einzeltherapie, ausschließlich Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie, überwiegend Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

1 2 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 0 2

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

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 TTMMJJ

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 (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

Einzelbehandlung 8 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) 3 5 4 0 1

Gruppenbehandlung Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)

Akutbehandlung Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch Name

Datum des Gutachtens TTMMJJ

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORTALAN - BERGAN

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSLEITUNG: IN VORLIEGE NACHRICHTEN

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum 2 3 0 3 2 3



Ausfertigung Krankenkasse

LZT 1

TP

Chiffre Patient*in

A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

[X] für Erwachsene (Erw)

[] für Kinder und Jugendliche (KJJu)

[] Analytische Psychotherapie (AP)

[] Systemische Therapie (ST)

[X] Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)

[] Verhaltenstherapie (VT)

[] Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)

[] Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)

[X] Langzeittherapie (LZT) als

[X] Erstantrag

[] Umwandlung

[] Fortführung

[X] ausschließlich Einzeltherapie

[] ausschließlich Gruppentherapie

[] Kombinationsbehandlung mit

[] überwiegend Einzeltherapie

[] überwiegend Gruppentherapie

[] Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

60 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35405

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

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:

[X] Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:

1. Sitzung am 010123

2. Sitzung am 050123

Bei Anträgen auf LZT angeben:

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden

[] ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten

[] nein

[X] noch nicht absehbar

[] ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

Bisheriger Behandlungsumfang

Einzelbehandlung

Therapieeinheiten 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)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORDIAN - BERGAW

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSKANDIDAT: IN VORNAHE NACHHINDE

[X] Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

230323

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse



LZT Fortführung TP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3

Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- Psychotherapie options: Erwachsene (Erw), Kinder und Jugendliche (KJJu), Analytische Psychotherapie (AP), Systemische Therapie (ST), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT)

- Therapieoptionen: Kurzzeittherapie 1 (KZT 1), Kurzzeittherapie 2 (KZT 2), Langzeittherapie (LZT) als Erstantrag, Umwandlung, Fortführung

- Therapieoptionen: ausschließlich Einzeltherapie, ausschließlich Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie, überwiegend Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

40 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 3 5 4 0 5

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B

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 TTMMJJ

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 (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

Einzelbehandlung

50 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) 3 5 4 0 5

Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)

Akutbehandlung

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

Ausbildungsleiterin Dr. Psych. GEBRUD CORTMAN - BERGAW

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSKANDIDAT:IN VORNAME NACHNAME

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

2 8 0 3 2 3

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse

LZT 1 nach LZT 1 TP

Chiffre Patient*in A 0 1 0 2 0 3



Anfangsbuchstabe des Familiennamens Geburtsdatum 6-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)

MINDESTENS EINE GESICHERTE DIAGNOSE

Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.

Psychotherapie

- Psychotherapie options: Erwachsene (Erw), Kinder und Jugendliche (KJJu), Analytische Psychotherapie (AP), Systemische Therapie (ST), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT)

- Therapieoptionen: Kurzzeittherapie 1 (KZT 1), Kurzzeittherapie 2 (KZT 2), Langzeittherapie (LZT) als Erstantrag, Umwandlung, Fortführung

- Therapieformen: ausschließlich Einzeltherapie, ausschließlich Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie, überwiegend Gruppentherapie, Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

48 Therapieeinheiten mit GOP des EBM 35405

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt

Therapieeinheiten mit GOP des EBM B B

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 010123
2. Sitzung am 050123

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 (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

Einzelbehandlung

8 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) 35401

Gruppenbehandlung

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)

Akutbehandlung

Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)

Letztes Gutachten durch

Name

Datum des Gutachtens

TTMMJJ

AUSBILDUNGSLEITUNG DR. PSYCH. GERTRUD CORTALAN - BERGHAU

Erklärung Therapeut*in / AUSBILDUNGSLEITENDEN IN VORLIEGENDER NACHRICHT

Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.

Ausstellungsdatum

230323

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Ausfertigung Krankenkasse