

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Beihilfeberechtigter

Personalnummer	Dienststelle
----------------	--------------

Name, Vorname	Privatanschrift
---------------	-----------------

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 bevollmächtige 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. Gebührensiffern :

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 Jugendlichentherapeuten
(Zutreffendes ankreuzen, Angaben bitte vollständig und lesbar ausfüllen !)

Approbation als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder – und Jugendlichentherapeut
- 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 _____

Gegebenfalls Eintragung in das Arztregister als

- psychologischer Psychotherapeut
- Kinder – und Jugendlichentherapeut

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)¹