

## 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. Welche Art ist die Psychotherapie ?

<input type="checkbox"/> Erstbehandlung	<input type="checkbox"/> Verlängerung/Folgebehandlung
<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> 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. Gebührezziffern

Gebührenhöhe je Sitzung \_\_\_\_\_

#### IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

##### 1. Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fachärzte 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 Jugendtherapeuten (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 31.8.98 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)