

**Anonymisierungscode der/des
Beihilfeberechtigten**

(wird von der Dienststelle als Beihilfefeststellungsstelle vergeben)

Antrag II

auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

(vom Therapeuten/Therapeutin auszufüllen)

I. Auskunft der Patientin/ des Patienten

Wer wird behandelt?

(Behandelte Person/PatientIn)

Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter	Geburtsjahr der Patientin/des Patienten
Ehefrau/Ehemann bzw. Lebenspartner/-in	_____
Tochter/Sohn	_____

Schweigepflichtentbindung

Der/Die Beihilfeberechtigte bzw. der/die Patient/In ermächtigt Frau/Herrn

_____,
der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes oder Psychotherapeutin/ Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Information für die Fachgutachterin/den Fachgutachter

Der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie wurde von der/dem Beihilfeberechtigten unterschrieben und die Ärztin/der Arzt bzw. die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut wurde durch die/den Beihilfeberechtigten bzw. dem/der Patienten/in von der Schweigepflicht entbunden. Seite 1 dieses Antrages, beinhaltet beide Unterschriften hierzu und da bei einer deutlich lesbaren Unterschrift der durch Verwendung eines Anonymisierungscode beabsichtigte Datenschutz nicht gewahrt wäre, verbleibt die Seite 1 (und die leere Seite 2) des Antrages bei der Beihilfefestsetzungsstelle. Bis auf diese beiden Unterschriften der/des Beihilfeberechtigten enthält der Antrag von Seite 3 bis 5 alle erforderlichen Angaben.

II. Bescheinigung des Therapeuten

Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt? (Diagnose)

Welcher Art ist die Psychotherapie?

Erstbehandlung	Verlängerung bzw. Folgebehandlung
Verhaltenstherapie	analytische Psychotherapie
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	

Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Nein

Ja wann (von - bis) _____ Anzahl der Sitzungen _____

Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anzahl der Einzelsitzungen

Anzahl der Gruppensitzungen

Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

Nein Ja Anzahl der Sitzungen _____

Gebühreuziffern

Gebührenhöhe je Sitzung

EUR

III. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

Ärztinnen und Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärztin/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

Eine Berechtigung zur Behandlung

in Gruppen

von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten

(Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder lesbar ausfüllen!)

Datum der Approbation _____ als

Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/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

Psychologische Psychotherapeutin oder -therapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeut

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 anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut?

Nein

Ja, für

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Name und Ort des Instituts

Datum des Abschlusses

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des
Therapeuten