

**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

**I. Beihilfeberechtigte Person**

Name, Vorname	Personalnummer
---------------	----------------

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

....., den .....,  
(Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)

**II. Auskunft der Patientin/des Patienten**

1. Wer wird behandelt?

Name, Vorname der Patientin/des Patienten	Geburtsdatum
---	--------------

2. Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/Herrn .....,  
der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist

....., den .....,  
(Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters)

**III. Bescheinigung der Therapeutin/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. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung \_\_\_\_\_

**IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie**

**1. Ärztinnen/Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 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
- Qualifikation in Gruppenpsychotherapie liegt vor

**2. Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Approbation als

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- gem. § 12 PsychThG (Übergangsregelung)
- gem. § 2 in Verbindung mit den §§ 5 und 6 PsychThG (staatlicher Abschluss)

KV-Zulassung, KV-Nr.: .....

KV-Ermächtigung, KV-Nr.: ....., befristet bis .....

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister als

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/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 31.12.1998 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  
der Therapeutin/des Therapeuten)