

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Name und Anschrift der Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

PTV 1

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

Analytische Psychotherapie

Einzeltherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Gruppentherapie

Verhaltenstherapie

Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Ich beantrage die Psychotherapie als

Erstantrag

Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

Bei Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

ja, und zwar am

und ggf. am

nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

ja

nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

ja

nein

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum

Ausfertigung für die Krankenkasse

Unterschrift des Patienten, ggf. der gesetzlichen Vertreter

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Name und Anschrift der Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

PTV 1

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße

PLZ Ort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherten-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Einzeltherapie |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Gruppentherapie |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie |

Ich beantrage die Psychotherapie als

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Erstantrag | <input type="checkbox"/> Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung) |
|-------------------------------------|---|

Bei Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

ja, und zwar am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 und ggf. am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

ja

nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

ja

nein

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Patienten,
ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für den Therapeuten

