AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Mitteilung der Krankenkasse
über ihre Leistungspflicht für Psychotherapie (Anerkennungsbescheid)

An den Therapeuten

Kassenmitarbeiter

Tel.-Durchwahl

Betrifft den Antrag vom _____ der/des obengenannten Patientin/Patienten

☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ analytische Psychotherapie ☐ Verhaltenstherapie

☐ Kurzzeittherapie ☐ Erstantrag

☐ Langzeittherapie ☐ Fortsetzungsantrag

☐ Umwandlung von Kurzzeit- in Langzeittherapie

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
wir erkennen unsere Leistungspflicht an für:

☐ **KURZZEITTHERAPIE**

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

für Einbeziehung der Bezugsperson(en)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

☐ **LANGZEITTHERAPIE** (siehe Gutachten)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

für Einbeziehung der Bezugsperson(en)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, daß während des Behandlungszeitraumes ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse bestehen bleibt.
Die Behandlung ist früher zu beenden, wenn das Behandlungsziel erreicht ist oder der gewünschte Therapieerfolg nicht mehr erwartet werden kann.
Falls eine Fortsetzung der Behandlung über den oben angegebenen Rahmen hinaus notwendig werden sollte, ist diese rechtzeitig während der laufenden Behandlung zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Muster

GeboMerde Fachverlag GmbH 1.2000 **2138** (99.12)

Formblatt **PTV 7a** Mitteilung über die Leistungspflicht der Krankenkasse an den Therapeuten

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

Mitteilung der Krankenkasse
über ihre Leistungspflicht für Psychotherapie (Anerkennungsbescheid)

An den
Therapeuten

Kassenmitarbeiter

Tel.-Durchwahl

Betrifft den Antrag vom _____ der/des obengenannten Patientin/Patienten

☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ analytische Psychotherapie ☐ Verhaltenstherapie

☐ Kurzzeittherapie ☐ Erstantrag

☐ Langzeittherapie ☐ Fortsetzungsantrag

☐ Umwandlung von Kurzzeit- in Langzeittherapie

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
wir erkennen unsere Leistungspflicht an für:

☐ **KURZZEITTHERAPIE**

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche
bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

für Einbeziehung der Bezugsperson(en)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche
bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

☐ **LANGZEITTHERAPIE** (siehe Gutachten)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche
bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

für Einbeziehung der Bezugsperson(en)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche
bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, daß während des Behandlungszeitraumes ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse bestehen bleibt.
Die Behandlung ist früher zu beenden, wenn das Behandlungsziel erreicht ist oder der gewünschte Therapieerfolg nicht mehr erwartet werden kann.
Falls eine Fortsetzung der Behandlung über den oben angegebenen Rahmen hinaus notwendig werden sollte, ist diese rechtzeitig während der laufenden Behandlung zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum | Unterschrift

Muster

GuG Geb. Merode Fachverlag GmbH 1.2000 2138 (99.12)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

Mitteilung der Krankenkasse
über ihre Leistungspflicht für Psychotherapie (Anerkennungsbescheid)

An den Therapeuten

Kassenmitarbeiter

Tel.-Durchwahl

Betrifft den Antrag vom _____ der/des obengenannten Patientin/Patienten

☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ analytische Psychotherapie ☐ Verhaltenstherapie

☐ Kurzzeittherapie ☐ Erstantrag

☐ Langzeittherapie ☐ Fortsetzungsantrag

☐ Umwandlung von Kurzzeit- in Langzeittherapie

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
wir erkennen unsere Leistungspflicht an für:

☐ **KURZZEITTHERAPIE**

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

für Einbeziehung der Bezugsperson(en)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

☐ **LANGZEITTHERAPIE** (siehe Gutachten)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

für Einbeziehung der Bezugsperson(en)

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Einzelbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

bis zu _____ Leistungen nach Nr. _____ EBM – Gruppenbehandlung mit _____ Std. durchschn. Frequenz pro Woche

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, daß während des Behandlungszeitraumes ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse bestehen bleibt.
Die Behandlung ist früher zu beenden, wenn das Behandlungsziel erreicht ist oder der gewünschte Therapieerfolg nicht mehr erwartet werden kann.
Falls eine Fortsetzung der Behandlung über den oben angegebenen Rahmen hinaus notwendig werden sollte, ist diese rechtzeitig während der laufenden Behandlung zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum | Unterschrift

Muster

GuGebr. Mende Fachverlag GmbH 1.2000 2138 (99.12)

Formblatt **PTV 7c** Mitteilung über die Leistungspflicht der Krankenkasse zum Verbleib bei der Krankenkasse