

## **Antrag an die Krankenkasse**

### **– IMMER Postversand über das Institut!**

- bereits nach 2. probatorischer Sitzung möglich Antrag bei KK einzureichen
- allgemein: Wenn die Krankenkasse durch Elefant nicht automatisch eintragen wird, bitte handschriftlich ergänzen!

→ **Nach dem Ausfüllen und Unterschreiben aller Dokumente, diese bitte wieder einscannen, beschlagworten und entsprechend im Elefant ablegen**

### **Verfahren mit Konsil**

- prüfen ob alles auf allen Durchschlägen lesbar:
- überall Stempel und Unterschrift von Arzt drauf
- falls Name des Pat. in Text auftaucht: schwärzen für Gutachter
- bitte Original immer aufheben! (Durchschlag für Gutachter & Therapeut)

### **Verfahren zum korrekten Schwärzen:**

- mit Schwarz durchstreichen und nochmal kopieren

**Für KZT1:**

- Konsil Durchschlag für KK
- PTV1 Durchschlag für KK
- PTV2 Durchschlag für KK  
KZT1 (12+3) 35421, 35421 B
- Bestätigung des SV Falkkonzeption gesehen zu haben (für Institut)

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>IKK classic</b> 98		
Name, Vorname des Versicherten <b>Mustermann, Melanie</b> geb. am <b>01.11.2001</b>		
Kostenträgerkennung <b>107202793</b>	Versicherten-Nr. <b> 3000000</b>	Status
Betriebsstätten-Nr. <b>957485600</b>	Arzt-Nr. <b>9999999900</b>	Datum <b>27.07.20</b>

Name und Anschrift der Krankenkasse  
IKK classic  
Schaumburgerstraße 16-18  
48145 Münster

**Kostenträger**  
In bestimmten Fällen übernimmt nicht die Krankenkasse, sondern ein anderer Kostenträger die Psychotherapie (z. B. bei Folgen eines Unfalls).  
 Bei mir ist ggf. ein anderer Kostenträger zuständig (z. B. Unfallversicherung).

**Antrag auf Psychotherapie** **PTV 17**

**Hinweise zur Mitwirkungspflicht**  
Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigt die Krankenkasse von Ihnen einige wichtige Informationen. Ihre Mitwirkung ist in den Paragraphen 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen. Bitte füllen Sie daher alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 SGB I). Ihre Therapeut\*in und Ihre Krankenkasse unterstützen Sie gerne bei der Antragstellung.

**Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für**

<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<b>als</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie		<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie
<input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie		

**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 **26.05.20** 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

Ausstellungsdatum  
**27.07.20**

Unterschrift des Versicherten  
ggf. der gesetzlichen Vertreter\*innen

**Ausfertigung Krankenkasse**

PRE-NR. YB1807/06288  
Muster PTV 1a/E (7.2020)

**Muster PTV 1, KZT**

(bitte nur die Angaben kreuzen, wenn diese korrekt sind)

<p>Name und Anschrift der Krankenkasse</p> <p>AOK PLUS FB Kostenmanagement Ärzte 98523 Suhl</p>	<p><b>Angaben Therapeut*in</b> <span style="float: right;">PTV 27</span></p> <p>Chiffre Patient*in K [REDACTED]</p> <p><small>Anfangsbuchstabe des Familiennamens   Geburtsdatum 6-stellig</small></p> <p>Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig)</p> <p><b>F XX.X G</b></p> <p><input type="checkbox"/> Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.</p>																		
<p><b>Psychotherapie</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KJu)</td> <td><input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)</td> <td><input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP)</td> <td><input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als</td> <td><input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST)</td> <td><input type="checkbox"/> Erstantrag</td> <td><input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)</td> <td><input type="checkbox"/> Umwandlung</td> <td><input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)</td> <td><input type="checkbox"/> Fortführung</td> <td><input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw)	<input checked="" type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)	<input checked="" type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie	<input checked="" type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KJu)	<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)	<input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP)	<input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als	<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST)	<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	<input type="checkbox"/> Umwandlung	<input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)	<input type="checkbox"/> Fortführung	<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen
<input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw)	<input checked="" type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)	<input checked="" type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie																	
<input checked="" type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KJu)	<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)	<input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie																	
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP)	<input type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als	<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit																	
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST)	<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie																	
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	<input type="checkbox"/> Umwandlung	<input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie																	
<input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)	<input type="checkbox"/> Fortführung	<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen																	
<p><b>Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</b></p> <p><b>12</b> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <b>35421</b></p>																			
<p><b>Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</b></p> <p><b>3</b> Therapieeinheiten mit GOP des EBM <b>35421</b> B, B</p>																			
<p><b>Bei Erstanträgen angeben:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt</p> <p><b>Bei Fort- und Umwandlungsanträgen angeben:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:</p> <p>1. Sitzung am <b>15.06.20</b></p> <p>2. Sitzung am <b>29.06.20</b></p> <p><b>Bei Anträgen auf LZT angeben:</b></p> <p>Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden</p> <p><input type="checkbox"/> ja, mit voraussichtlich _____ Therapieeinheiten</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> noch nicht absehbar</p> <p><input type="checkbox"/> ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich</p>																			
<p><b>Bisheriger Behandlungsumfang</b></p> <p><b>Einzelbehandlung</b></p> <p>_____ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten)</p> <p><b>Gruppenbehandlung</b></p> <p>_____ Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten)</p> <p><b>Akutbehandlung</b></p> <p>_____ Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten)</p>																			
<p><b>Letztes Gutachten durch</b></p> <p>Name _____ Datum des Gutachtens _____</p>																			
<p><b>Erklärung Therapeut*in</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.</p> <p>Ausstellungsdatum <b>04.08.20</b></p>																			
<p style="text-align: center;"><b>Ausfertigung Krankenkasse</b></p>																			
<p style="text-align: right;">957485600 KJP Regionalinstitut Sachsen der DGVT Neubühlauer Str. 12 01324 Dresden mail@kjp-dgvt-dresden.de S. Stänke, Therapeutin i.A.</p> <p style="text-align: right;"><i>S. Stänke</i></p> <p style="text-align: right;"><small>Stempel / Unterschrift Therapeut*in bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V</small></p> <p style="text-align: right;"><small>PDF-NR. 15180736398 Muster PTV 2a/E (7.2019)</small></p>																			

## Muster PTV 2, KZT

(bitte nur die Angaben kreuzen, wenn diese korrekt sind)

### Für KZT2, Folgeantrag:

- PTV1 Durchschlag für KK
  - Nicht mehr 1. Sitzung etc. ausfüllen
- PTV2 Durchschlag für die KK
  - KZT1 (12+3) 35422, 35422 B
- Bestätigung des SV Falkkonzeption gesehen zu haben (für Institut)

## Für LZT Erstantrag:

- Konsil Durchschlag für KK
- PTV1 Durchschlag für KK
- PTV2 Durchschlag für KK
- in PTV8-Umschlag an Gutachter:
  - Bericht an Gutachter mit Unterschrift SV und TN
  - Konsil-, PTV1-, PTV2- Durchschlag für Gutachter
  - Ggf. Vorbefunde (Personendaten geschwärzt!)

→ wichtig: PTV 8 Umschlag NICHT zukleben! Institut prüft nochmal Vollständigkeit der Unterlagen

Name und Anschrift der Krankenkasse IKK classic Schaumburgerstraße 16-18 48145 Münster		<b>Angaben Therapeut*in</b> PTV 27	
Chiffre Patient*in K XXXXXXX		Anfangsbuchstabe des Familiennamens   Geburtsdatum 6-stellig	
Diagnose(n) (ICD-10 - GM endständig) F XX.X		<input type="checkbox"/> Es liegt eine Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor.	
<b>Psychotherapie</b> <input type="checkbox"/> für Erwachsene (Erw) <input checked="" type="checkbox"/> für Kinder und Jugendliche (KJu) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) <input checked="" type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)		<input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) <input checked="" type="checkbox"/> Langzeittherapie (LZT) als <input checked="" type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Umwandlung <input type="checkbox"/> Fortführung	
		<input checked="" type="checkbox"/> ausschließlich Einzeltherapie <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit <input type="checkbox"/> überwiegend Einzeltherapie <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut*innen	
<b>Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</b> <input checked="" type="checkbox"/> 60 Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input checked="" type="checkbox"/> 35425			
<b>Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt</b> <input checked="" type="checkbox"/> 15 Therapieeinheiten mit GOP des EBM <input checked="" type="checkbox"/> 35425 B. B			
<b>Bei Erstanträgen angeben:</b> <input type="checkbox"/> Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt		<b>Bei Anträgen auf LZT angeben:</b> Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden <input type="checkbox"/> ja, mit voraussichtlich _____ Therapieeinheiten <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> noch nicht absehbar <input type="checkbox"/> ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich	
<b>Bei Erst- und Umwandlungsanträgen angeben:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen: 1. Sitzung am <input checked="" type="checkbox"/> 15.06.20 2. Sitzung am <input checked="" type="checkbox"/> 29.06.20			
<b>Bisheriger Behandlungsumfang</b> <b>Einzelbehandlung</b> Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 50 Minuten) _____ <b>Gruppenbehandlung</b> Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT (1 TE = 100 Minuten) _____ <b>Akutbehandlung</b> Therapieeinheiten (1 TE = 50 Minuten) _____			
<b>Letztes Gutachten durch</b> Name _____ Datum des Gutachtens _____		957485600 KJP Regionalinstitut Sachsen der DG Neubühauer Str. 12 01324 Dresden mail@kjp-dgvt-dresden.de S. Stahn	
<b>Erklärung Therapeut*in</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch und habe von der zuständigen Kassenzärztlichen Vereinigung die hierfür erforderliche Abrechnungsgenehmigung.		Ausstellungsdatum 27.07.20	
Ausfertigung Krankenkasse		Stempel bzw. Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V	

## Muster PTV 2, LZT

(bitte nur die Angaben kreuzen, wenn diese korrekt sind)

**VERTRAULICH**  
Nur Gutachter\*innen dürfen  
diesen Briefumschlag öffnen

### Unterlagen für das Gutachtenverfahren

PTV 8

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Chiffre Patient\*in  K |  XXXXXX  
Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6-stellig

Name und Anschrift Krankenkasse

*IKK classic  
Schaumburgerstr. 16-18  
48145 Münster*

#### Begutachtung einer

- AP     ST     TP     **IT**
- KiJu     Erw
- Einzel-  
behandlung     Gruppenbehandlung /  
Kombinationsbehandlung

#### Antragsart

- ZT  
Erstantrag     LZT  
Umwandlung     LZT  
Fortführung
- KZT 1     KZT 2

#### Inhalt

Die erforderlichen Unterlagen sind entsprechend den Angaben  
im Leitfaden PTV 3 vollständig enthalten.

KJP Regionalinstitut Sachsen der Deutschen  
Gesellschaft für Verhaltenstherapie  
LANR 359989900  
Neubühler Str. 12 - 01324 Dresden  
Tel: 0351-20860281 - mail@kjp-dgvt-dresden.de  
957488630

#### Erklärung Therapeut\*in

Ich erkläre, den Bericht entsprechend den Angaben im  
Leitfaden PTV 3 vollständig persönlich verfasst zu haben.

Ausstellungsdatum  
*05.08.20*

*S. Pähle*  
Stempel / Unterschrift Therapeut\*in

Muster PTV 8 (7.2020)

Muster PTV 8, LZT