

Bescheinigung der Behandlerin/des Behandlers

I. Patientin/Patient

Nur Chiffre (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum 6-stellig, z.B. T040763)	Sachb.Nr.	Personalnummer

II. Bescheinigung der Behandlerin/des Behandlers

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Analytische Psychotherapie
 Verhaltenstherapie Systemische Therapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

- Kurzzeittherapie Akutbehandlung Langzeittherapie

Anzahl der Sitzungen	<input type="text"/>	Damaliges Verfahren	<input type="text"/>
Wann	<input type="text"/>	Name der Gutachterin / des Gutachters	<input type="text"/>

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

- Kurzzeittherapie (Bis zu 24 Sitzungen)
 Akutbehandlung (Kinder und Jugendliche bis zu 30 Sitzungen; Erwachsene bis zu 24 Sitzungen)

Anzahl der Einzelsitzungen bei Langzeittherapie	<input type="text"/>	Anzahl der Gruppensitzungen bei Langzeittherapie	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson beraten?

- ja nein

6. Datum der letzten probatorischen Sitzung

III. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

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

- Fachärztin/Facharzt für psychotherapeutische Medizin
 Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 Zusatzbezeichnung Psychotherapie
verliehen: vor dem 1. April 1984 nach dem 1. April 1984
 Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Schwerpunkt Verhaltenstherapie
 Zusatzbezeichnung Psychoanalyse



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

2.1 Approbation gem. § 12 PsychThG (Übergangsvorschriften)

- Approbation durch (Behörde) _____
_____ am _____
- Abschluss der Ausbildung in (Behandlungsverfahren?) _____
_____ am _____
- An dem anerkannten Ausbildungsinstitut (Name, Ort) _____
- ggf. Eintragung in das Arztregister als Psychologischer Psychotherapeut
 Kinder- und Jugendlichentherapeut
- bei ehemals Fachpsychologen der Medizin gem. § 12 (2) PsychThG, KV-Nr. _____
- für Behandlungsverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 analytische Psychotherapie
 Verhaltenstherapie

2.2 Approbation gem. § 2 in Verbindung mit §§ 5 und 6 PsychThG

- Abschluss der Ausbildung mit staatlicher Prüfung am _____
- an der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (Name, Ort) _____
- in Folgendem durch den wissenschaftlichen Beirat bei der Bundesärztekammer/Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkanntem Behandlungsverfahren

- Approbation durch (Behörde) _____

3. Bei Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

(nicht bei Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie, nicht bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

- Berechtigung erteilt durch KV _____ am _____

4. Bei Gruppenbehandlung

(approbierte Therapeutinnen/Therapeuten ohne KV-Nr. wegen z. B. Überversorgung)

- Berechtigung zur Erbringung der beantragten Gruppentherapie erteilt durch KV
_____ am _____
(nicht bei Fachärztin/Facharzt für psychotherapeutische Medizin)

Ort	Datum	Stempel der Behandlerin/des Behandlers
Unterschrift		

