

**Antrag auf Anerkennung der
Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
für eine psychotherapeutische
Kurzzeittherapie (§ 12 Abs. 8 NBhVO)**

Personalnummer/Aktenzeichen	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in

Name, Vorname

--

**Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung
Beihilfestelle Aurich
Postfach 1570
26585 Aurich**

1.

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie für folgende Person:

- Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter
- berücksichtigungsfähige Angehörige/berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

(Ort, Datum)

(Unterschrift der oder des Beihilfeberechtigten)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut/Arzt und der Konsiliararzt der Beihilfestelle die zur Prüfung des Antrages notwendigen Angaben erteilt.

Ort, Datum	(Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters)
------------	---

Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten

a) Die Behandlung soll beginnen am:

b) Diagnose (ICD):

c) Welcher Art ist die Psychotherapie?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie Systemische Therapie

c) Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt? (Bitte auch Form der Behandlung angeben: Akut-, Kurzzeit-, Langzeittherapie)

Von	bis	Anzahl der Sitzungen

e) Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

ja

Anzahl der Sitzungen:

nein

f) Gebührennummern:

--	--

d) Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen? (max. 24 Sitzungen)

Einzel Sitzungen	Gruppensitzungen

Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Ärztinnen und Ärzte

- Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“

verliehen: vor dem 1. April 1984
 nach dem 1. April 1984

- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Schwerpunkt Verhaltenstherapie
 Weiterbildung Systemische Therapie

Eine Berechtigung zur Behandlung

in Gruppen

von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten

2.1 Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 PsychThG

Datum der Approbation: als

- Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 (3) Abs. 1 PsychThG und entsprechend 2.2, 2.4 sowie 3.2 der Anlage 3 der NBhVO vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (gem. § 6 PsychThG):

Liegt

a ggf. eine entsprechende KV – Zulassung vor? ja nein

KV-Zulassungsnummer:		bei welcher KV?	
----------------------	--	-----------------	--

b ein Eintrag in das Arztregister vor? ja bei welcher KV?
nein

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

2.2 Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation: als

- Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer:	,	bei welcher KV?	
Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV			

Bezogen auf die KV-Zulassung oder den Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 2.3, 2.5 sowie 3.3 der Anlage 3 der NBhVO und § 95 c 2.3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Systemische Therapie

bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

2.3 Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut: ja nein

für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie,

Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes
Datum des Abschlusses

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Therapeutin/ des Therapeuten
------------	---

Auf Veranlassung von:

Name der Therapeutin/ des Therapeuten

Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

Ja Nein

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./am. (z. B. laufende Medikation):

Befunde, die eine ärztliche/ärztlich -veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

Befunde, die eine psychiatrische bzw. Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erfolgt veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich -veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

¹ Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.
Vordr. 2738i (31 – 08.24)

Auf Veranlassung von:

Name der Therapeutin/ des Therapeuten

Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

Ja Nein

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./am. (z. B. laufende Medikation):

Befunde, die eine ärztliche/ärztlich -veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

Befunde, die eine psychiatrische bzw. Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erfolgt veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich -veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

² Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.
Vodr. 2738i (31 – 08.24)

Ausfertigung für die Beihilfestelle

Konsiliarbericht

Auf Veranlassung von:

Name der Therapeutin/ des Therapeuten

Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

Ja

Nein

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/ des Arztes