

An das
Zentrum für Personaldienste
Beihilfe
Normannenweg 36
20537 Hamburg

**Antrag auf
Anerkennung der Beihilfefähigkeit
für
tiefenpsychologisch fundierte
oder analytische Psychotherapie
oder Verhaltenstherapie**

1. Beihilfeberechtigter (Antragsteller)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschäftszeichen
---------------	--------------	------------------

Dienststelle	Telefon
--------------	---------

Privatanschrift	Telefon
-----------------	---------

2. Wer ist der Patient? (Name, Vorname, Geb.-Datum, wenn nicht mit dem Beihilfeberechtigten identisch)

3. Ich beantrage die Anerkennung der Beihilfefähigkeit

- Erstantrag
 Antrag auf Fortführung der Behandlung

4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut und der Konsiliararzt die zur Prüfung des Antrages notwendigen Angaben der Beihilfe und ggf. der begutachtenden Stelle erteilen.

Datum Unterschrift des Antragstellers und ggf. des Patienten

Formblatt 1, Antrag des Beihilfeberechtigten

Bitte zusammen mit den Angaben des Therapeuten (Formblatt 2), dem Konsiliarbericht, ggf. dem Bericht zum Antrag (Formblatt 3 – dieses im verschlossenen Umschlag) und der Anzeige für Akutbehandlung (Formblatt 4) einreichen.

Angaben des Therapeuten zum Antrag

An das
Zentrum für Personaldienste
Beihilfe
Normannenweg 36
20537 Hamburg

Chiffre des Patienten

Geschäftszeichen

Anfangsbuchstabe des
Familiennamens | Geburtsdatum 6stellig

Auf Kurzzeittherapie 1 (KZT 1) oder Kurzzeittherapie 2 (KZT 2) **Erstantrag** **erneuter Antrag**

KZT 1 mit maximal 12 Stunden als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Verhaltenstherapie

KZT 2 mit maximal 12 Stunden als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Verhaltenstherapie

Leistungen nach Nummer GOÄ-Einzelbehandlungen (50/25 Min.)

Leistungen nach Nummer GOÄ-Gruppenbehandlungen (100/50 Min.) und Teilnehmern in der Gruppe

Leistungen nach Nummer GOÄ-Begleitende Behandlungen der Bezugsperson(en)

Die Behandlung soll beginnen am

Diagnose

Die KZT wird durchgeführt

als Behandlungsverfahren mit voraussichtlich ausreichendem Behandlungserfolg

zur Überprüfung einer Indikationsstellung für Langzeittherapie

als Sofortmaßnahme zur Krisenintervention

Begründung des Behandlungsplans: (kurze Hinweise zur Indikation, zu vorausgegangenen Behandlungen und zur Wahl des Behandlungsverfahrens. Die Hinweise müssen die Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle berücksichtigen!)

Auf Langzeittherapie (LZT) Erstantrag Umwandlungsantrag Fortführungsantrag Nr.

Bei jeder Antragstellung ist das Formblatt 2 neu auszufüllen.

LZT mit voraussichtlich insgesamt Stunden einer

tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie analytischen Psychotherapie Verhaltenstherapie

Für den jetzigen Bewilligungsschritt werden beantragt

Leistungen nach Nummer GOÄ-Einzelbehandlungen (50/25 Min.) Sitzung(en) in der Woche

Leistungen nach Nummer GOÄ-Gruppenbehandlungen (100/50 Min.) Sitzung(en) in der Woche

Für Einbeziehung der Bezugsperson(en)

Leistungen nach Nummer GOÄ-Einzelbehandlungen

Leistungen nach Nummer GOÄ-Gruppenbehandlungen

Die Behandlung soll beginnen am oder läuft seit

Diagnose

Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden

ja, mit voraussichtlich Therapieeinheiten nein noch nicht

Bisheriger Behandlungsumfang im laufenden Verfahren

Kurzzeittherapie 1 als Einzel- Gruppenbehandlung mit Sitzung(en) nach Nr. GOÄ
Kurzzeittherapie 2 als Einzel- Gruppenbehandlung mit Sitzung(en) nach Nr. GOÄ
Langzeittherapie als Einzel- Gruppenbehandlung mit Sitzung(en) nach Nr. GOÄ

Sprechstunde durchgeführt

Innerhalb der letzten 2 Jahre wurde bereits eine Psychotherapie durchgeführt.

Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen

1. Sitzung am 2. Sitzung am

Therapieeinheiten in der Akutbehandlung

Stempel (KV-Zulassungsnummer)

und Unterschrift des Therapeuten

Stempel des Therapeuten mit KV-Zulassungsnummer

Bericht an den Gutachter zum Antrag

- zum Erst- bzw. Umwandlungsantrag / LZT
- zum Fortführungsantrag
- Ergänzungsbericht

An das
Zentrum für Personaldienste
Beihilfe
Normannenweg 36
20537 Hamburg

Chiffre des Patienten

Geschäftszeichen

Anfangsbuchstabe des Familiennamens | Geburtsdatum 6stellig

Angaben über den Patienten

Alter/Jahre

Geschlecht
 M W

Familienstand
 ledig verheiratet verwitwet geschieden wieder verh. getrennt lebend

Kinderzahl

erlernter Beruf

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Es werden Sitzungen bei einer Behandlungsfrequenz von pro Woche beantragt für eine

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

als Einzeltherapie

als Gruppentherapie

Teilnehmerzahl

Analytische Psychotherapie

als Einzeltherapie

als Gruppentherapie

Teilnehmerzahl

Verhaltenstherapie

als Einzeltherapie

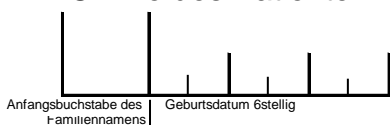
als Gruppentherapie

Teilnehmerzahl

2. Der Umfang des Berichtes soll 3 DIN A4-Seiten nicht überschreiten und nur solche Angaben enthalten, die therapie- und entscheidungsrelevant sind. Der Gutachter ist gehalten, bei wesentlicher Überschreitung dieses Umfangs den Bericht zur sachlichen Verdichtung an den Verfasser zurückzugeben.
3. Weiterhin ist bei Durchführung der Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-therapeuten der Konsiliarbericht eines Arztes beizufügen.

Unterschrift des Therapeuten

Chiffre des Patienten



Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von:

KV-Zulassungsnummer

bei welcher KV?

Ggf. Eintragung in das Arztregister bei KV?

Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit

- Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung
 keine Kontraindikationen

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./amb. (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?

Stempel/Unterschrift d. Arztes

Name, Vorname des Patienten

geb. am

Geschäftszeichen

Konsiliarbericht

vor Aufnahme
einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von:

KV-Zulassungsnummer

bei welcher KV?

Ggf. Eintragung in das Arztregister bei KV

Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung

keine Kontraindikationen

Art der Maßnahme

Stempel/Unterschrift d. Arztes

Ausstellungsdatum

Ausfertigung für die Beihilfe