



Name und Anschrift der Krankenkasse

**Angaben des Therapeuten PTV 2 zum Antrag des Versicherten**

Chiffre des Patienten

Anfangsbuchstabe des Familiennamens  Geburtsdatum  2-stellig

Diagnose(n) (ICD-10 - GM einstellig)

**Antrag des Patienten auf Psychotherapie**

für Erwachsene (Erw)  
 für Kinder und Jugendliche (KJu)

Kurzzeittherapie 1 (KZT 1)  
 Kurzzeittherapie 2 (KZT 2)  
 Langzeittherapie (LZT) als

ausschließlich Einzeltherapie  
 ausschließlich Gruppentherapie  
 Kombinationsbehandlung mit

Analytische Psychotherapie (AP)  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)  
 Verhaltenstherapie (VT)

Erstantrag  
 Umwandlung  
 Fortführung

überwiegend Einzeltherapie  
 überwiegend Gruppentherapie  
 die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt

Für die KZT1, KZT2 oder LZT in diesem Bewilligungsschritt würden beantragt  
 Therapieeinheiten mit GOP des EBM

Für den Einbezug von Bezugspersonen in diesem Bewilligungsschritt werden beantragt  
 Therapieeinheiten mit GOP des EBM  B.  B

**6** Bei Erstanträgen angeben:  
 Vor der jetzigen Behandlung wurde innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine KZT1, KZT2 oder LZT durchgeführt.  
 Durchführung von zwei probatorischen Sitzungen:  
 1. Sitzung am   
 2. Sitzung am

**7** Bei Anträgen auf LZT angeben:  
 Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden  
 ja, mit voraussichtlich  Therapieeinheiten  
 nein  
 noch nicht absehbar  
 ein Fortführungsantrag ist voraussichtlich erforderlich

**8** Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Einzelbehandlung  
 Therapieeinheiten in der KZT1, KZT2 und LZT als Gruppenbehandlung  
 Therapieeinheiten in der Akutbehandlung

**9** Letzte gutachterliche Stellungnahme

Name des Gutachters  Datum der Stellungnahme

**10** Erklärung des Therapeuten

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.

Ausstellungsdatum

Ausfertigung für die Krankenkasse

Stempel / Unterschrift des Therapeuten  
 Name, Anschrift gemäß § 117 Abs. 3 SGB V

Muster PTV 2a H.2017

## 6. Bei Erstanträgen angeben

Bei Erstanträgen geben Sie bitte an, ob innerhalb der letzten 2 Jahre bereits eine Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie durchgeführt wurde. Ist dies der Fall, so wird der Antrag von der Krankenkasse einem Gutachter vorgelegt (gutachterpflichtiger Antrag). Darüber hinaus sind die Daten der 1. und 2. probatorischen Sitzungen im Format TTMMJJ anzugeben. Ein Antrag ist bereits nach der ersten durchgeführten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite probatorische Sitzung bereits ein Termin mit dem Patienten vereinbart ist. Die Angabe des Datums der 2. Sitzung kann zum Zeitpunkt der Antragstellung in der Zukunft liegen. Vor Beginn der beantragten Psychotherapie müssen beide Sitzungen durchgeführt worden sein.

## 7. Bei Anträgen auf LZT angeben

Wird ein Erst-, Umwandlungs-, oder Fortführungsantrag auf Langzeittherapie gestellt, sind Angaben zur Durchführung einer Rezidivprophylaxe zu machen. Soll eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden (Angabe „ja“), ist die voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten anzugeben (siehe hierzu § 14 Psychotherapie-Richtlinie). Wird in gutachterpflichtigen Anträgen „noch nicht absehbar“ angegeben, ist gemäß § 14 Abs. 5 der Psychotherapie-Richtlinie eine Begründung im Bericht an den Gutachter erforderlich.

## 8. Bisheriger Behandlungsumfang des Patienten

Geben Sie hier die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits durchgeführten Therapieeinheiten des Patienten an. Hierbei ist zwischen der Anzahl der Therapieeinheiten in der Einzelbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie, in der Gruppenbehandlung einer Kurz- und/oder Langzeittherapie und in der Akutbehandlung zu trennen. Zusätzlich sind bei Kurz- oder Langzeittherapie die zugehörigen GOPen der bereits durchgeführten Therapieeinheiten anzugeben. Bitte geben Sie nur die mit dem Patienten durchgeführten Therapieeinheiten an. Die Hinzuzählung von zusätzlich nur für die Einbeziehung von Bezugspersonen beantragten und durchgeführten Therapieeinheiten (nur bei Kindern und Jugendlichen) ist nicht vorgesehen. Die jeweilige Anzahl soll jedoch dann Bezugspersonenstunden enthalten, wenn diese als Teil des Patientenkontingents gelten (siehe hierzu § 11 Abs. 10 Satz 6 der Psychotherapie-Vereinbarung). Die zusätzliche Angabe eines „B“, wenn Bezugspersonen einbezogen waren, ist hier nicht erforderlich.

## 9. Letzte gutachterliche Stellungnahme

Hat vor dem Zeitpunkt der jetzigen Antragstellung bereits ein Gutachter zu der laufenden Behandlung Stellung genommen, so sind hier der Name des Gutachters und das Datum der letzten Stellungnahme des Gutachters anzugeben.

## 10. Erklärung des Therapeuten

Durch das Ankreuzen erklären Sie, dass Sie die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Psychotherapie-Richtlinie, Psychotherapie-Vereinbarung sowie weitere Bestimmungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte) durchführen und von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die hierfür erforderlichen Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung erhalten haben (hierfür ist bei Teilnehmern einer Aus- oder Weiterbildung im Unterschriftenfeld Stempel und eine zusätzliche Unterschrift der Ambulanz gemäß § 117 Abs. 3 SGB V erforderlich).

**PTV 2 – ANGABEN DES THERAPEUTEN ZUM ANTRAG DES VERSICHERTEN**

