

Absenderangabe der/des Beihilfeberechtigten:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort

Regierungspräsidium Kassel
Dezernat Beihilfen Hünfeld

36086 Hünfeld

Antrag I (vom Antragsteller/der Antragstellerin auszufüllen und zu unterschreiben) **auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

I. Anonymisierungscode der oder des Beihilfeberechtigten (wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)	
Ich bitte um die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie. Ort, Datum, Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten	
II. Auskunft der Patientin / des Patienten	
1. Wer wird behandelt? Behandelte Person (Patient/in)	Geburtsjahr der Patientin / des Patienten
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter	
<input type="checkbox"/> Ehefrau/Ehemann bzw. Lebenspartner/-in	
<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	
2. Schweigepflichtentbindung Ich ermächtige Frau/Herrn	
der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.	
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten oder eines Erziehungsberechtigten	

Seiten 1 und 2 dieses Antrages werden zur Beihilfeakte genommen und aus Datenschutzgründen nicht an die Fachgutachterin/den Fachgutachter weitergegeben. Seite 2 wird als leere Seite ausgedruckt, um auch bei doppelseitigem Drucken mittels Trennblatt den Datenschutz zu wahren.

Antrag II (vom Therapeuten/der Therapeutin auszufüllen und nicht dem Umschlag an den Gutachter beifügen) auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Anonymisierungscode der oder des Beihilfeberechtigten <small>(wird von der Beihilfefestsetzungsstelle vergeben)</small>	
II. Auskunft der Patientin / des Patienten	
<p>1. Wer wird behandelt?</p> <p>Behandelte Person (Patient/in) Geburtsjahr der Patientin / des Patienten</p> <p><input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter</p> <p><input type="checkbox"/> Ehefrau/Ehemann bzw. Lebenspartner/-in</p> <p><input type="checkbox"/> Tochter/Sohn</p>	
<p>2. Schweigepflichtentbindung</p> <p>Die/Der Beihilfeberechtigte bzw. der/die Patientin hat Frau/Herrn ermächtigt, der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) entbunden und ist damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.</p>	
<p>3. Information für die Fachgutachterin / den Fachgutachter</p> <p>Der <i>Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie</i> wurde von der/dem Beihilfeberechtigten unterschrieben und die Ärztin/der Arzt bzw. die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut wurde durch die/den Beihilfeberechtigten bzw. dem/der Patienten/in von der Schweigepflicht entbunden. Seite 1 dieses Antrages, beinhaltet beide Unterschriften hierzu und da bei einer deutlich lesbaren Unterschrift der durch Verwendung eines Anonymisierungs-codes beabsichtigte Datenschutz nicht gewahrt wäre, verbleibt die Seite 1 (und die leere Seite 2) des Antrages bei der Beihilfefestsetzungsstelle. Bis auf diese beiden Unterschriften der/des Beihilfeberechtigten enthält der Antrag von Seite 3 bis 5 alle erforderlichen Angaben.</p>	
III. Bescheinigung des Therapeuten	
<p>1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?</p> <p><small>Diagnose</small></p>	
<p>2. Welcher Art ist die Psychotherapie?</p> <p><input type="checkbox"/> Erstbehandlung <input type="checkbox"/> Verlängerung bzw. Folgebehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</p>	
<p>3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; <small>wann (von – bis)</small> <small>Anzahl der Sitzungen</small></p>	
<p>4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?</p> <p><small>Anzahl der Einzelsitzungen</small> <small>Anzahl der Gruppensitzungen</small></p>	
<p>5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; <small>Anzahl der Sitzungen</small></p>	
<p>6. Gebührens-ziffern/Gebührenordnung GOÄ/GOP</p> <p><small>Gebührenhöhe je Sitzung</small> EUR</p>	

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärztinnen und Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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

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

- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung

- in Gruppen
 von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder lesbar ausfüllen!)

Datum der Approbation _____ als

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- gem. § 12 PsychThG (Übergangsregelung)
- gem. § 2 in Verbindung mit §§ 5 und 6 PsychThG (staatlicher Abschluss)

KV-Zulassung, KV-Nr.:

KV-Ermächtigung, KV-Nr.:,

befristet bis

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister als

- Psychologische Psychotherapeutin oder –therapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder –therapeut

bei der Kassenärztlichen Vereinigung

Für welche anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine KV-Zulassung/Ermächtigung oder ein Eintrag ins Arztregister vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

bei Erwachsenen bei Kindern und Jugendlichen in Gruppen

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut?

Nein

Ja; für

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Name und Ort des Instituts

Datum des Abschlusses

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Therapeuten