

Pseudonymisierungscode:

4. Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen?

Nein

Ja

Anzahl der Sitzungen

5. Gebührennummern und Gebührenhöhe

Gebührennummer:

Gebührenhöhe je Sitzung:

6. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Nein

Ja

von

bis

Anzahl der Sitzungen:

7. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

7.1 Ärztinnen und Ärzte

Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie

Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“

verliehen: vor dem 1. April 1984

Nachweis: Schwerpunkt Verhaltenstherapie

Weiterbildung Systemische Therapie

7.2 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Behandlung von Erwachsenen

mit Weiterbildung für Behandlung von Erwachsenen

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Systemische Therapie

Pseudonymisierungscode:

Behandlung von Kindern und Jugendlichen

mit Weiterbildung für Behandlung von Kindern und Jugendlichen

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

7.3 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Behandlung von Erwachsenen

mit vertiefter Ausbildung

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

und Zusatzqualifikation entsprechend den Anforderungen nach § 6 Abs. 4

Psychotherapievereinbarung

- Systemische Therapie

Behandlung von Kindern und Jugendlichen

mit vertiefter Ausbildung und Zusatzqualifikation entsprechend den Anforderungen nach § 6 Abs. 4 Psychotherapievereinbarung

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

7.4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit vertiefter Ausbildung

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel der Therapeutin oder des Therapeuten

Schweigepflichtentbindung der Patientin / des Patienten¹

Ich ermächtige Frau/Herrn/...

der von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachterin oder dem von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachter – ohne Bekanntgabe meines Namens – Auskunft zu geben und entbinde sie oder ihn von der Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes oder der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachterin oder der Gutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Diese Erklärung gilt nur für den konkreten Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu behandelnden Person oder
der gesetzlichen Vertreterin oder des
gesetzlichen Vertreters

¹ Die Therapeutin oder der Therapeut wird gebeten, die Schweigepflichtentbindung der Patientin oder des Patienten abzutrennen und zu den Patientenunterlagen zu nehmen. Sollte diese zurückgesandt werden, verbleibt die Schweigepflichtentbindung in der Beihilfeakte.