

## Angaben der Therapeutin oder des Therapeuten

### 1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

|           |
|-----------|
| Diagnose: |
|-----------|

### 2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- für Erwachsene  für Kinder und Jugendliche

- Analytische Psychotherapie (AP)  Systemische Therapie (ST)  
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)  Verhaltenstherapie (VT)

- Langzeittherapie als
- Erstantrag
  - Umwandlung
  - Fortführung

### 3. Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

| Anwendungsform   | Anzahl der Sitzungen |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ausschließlich Einzelbehandlung   |                      |
| <input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppenbehandlung  |                      |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit  |                      |
| <input type="checkbox"/> überwiegend Einzelbehandlung  |                      |
| <input type="checkbox"/> überwiegend Gruppenbehandlung   |                      |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten (In diesen Fällen müssen beide Therapeuten das Formblatt 3 ausfüllen) |                      |

Pseudonymisierungscode:

**4. Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen?**

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein |                      |
| <input type="checkbox"/> Ja   | Anzahl der Sitzungen |

**5. Gebührennummern und Gebührenhöhe**

|                |  |                         |  |
|----------------|--|-------------------------|--|
| Gebührennummer |  | Gebührenhöhe je Sitzung |  |
|----------------|--|-------------------------|--|

**6. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?**

|                               |         |                      |
|-------------------------------|---------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein |         |                      |
| <input type="checkbox"/> Ja   | von bis | Anzahl der Sitzungen |

**7. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie**

**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

**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

**3. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

- Behandlung von Erwachsenen**  
mit vertiefter Ausbildung
  - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - analytische Psychotherapie
  - Verhaltenstherapieund Zusatzqualifikation entsprechend den Anforderungen nach § 6 Absatz 4 Psychotherapievereinbarung
  - Systemische Therapie
  
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen**  
mit vertiefter Ausbildung und Zusatzqualifikation entsprechend den Anforderungen nach § 6 Absatz 4 Psychotherapievereinbarung
  - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - analytische Psychotherapie
  - Verhaltenstherapie

**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 |
|---|