

**Antrag auf Anerkennung der  
Beihilfefähigkeit von Aufwendungen  
für eine psychotherapeutische  
Kurzzeittherapie (§ 12 Abs. 8 NBhVO)**

Personalnummer/Aktenzeichen	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

**Bedienstete/r / Versorgungsempfänger/in**  
Name, Vorname

--

**Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle Aurich  
Postfach 1570  
26585 Aurich**

**1. Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie für folgende Person:**

- Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter
- berücksichtigungsfähige Angehörige/berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift der oder des Beihilfeberechtigten)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut/Arzt und der Konsiliararzt der Beihilfestelle die zur Prüfung des Antrages notwendigen Angaben erteilt.

Ort, Datum	(Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters)
------------	---

## Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten

a) Die Behandlung soll beginnen am:

b) Diagnose (ICD):

c) Welcher Art ist die Psychotherapie?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie     analytische Psychotherapie     Verhaltenstherapie     Systemische Therapie bei Erwachsenen

c) Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt? (Bitte auch Form der Behandlung angeben: Akut-, Kurzzeit-, Langzeittherapie)

Von	bis	Anzahl der Sitzungen

e) Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

ja

Anzahl der Sitzungen:

nein

f) Gebührennummern:

--	--

d) Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen? (max. 24 Sitzungen)

Einzel Sitzungen	Gruppensitzungen

## Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie (Zutreffendes bitte ankreuzen)

### 1. Ärztinnen und Ärzte

- 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  
 Weiterbildung Systemische Therapie

Eine Berechtigung zur Behandlung

in Gruppen

von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

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

**2.1 Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 PsychThG**

Datum der Approbation:  als

- Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 (3) Abs. 1 PsychThG und entsprechend 2.2, 2.4 sowie 3.2 der Anlage 3 der NBhVO vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

bei  Erwachsenen, bei  Kindern und Jugendlichen, in  Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (gem. § 6 PsychThG):

Liegt

a ggf. eine entsprechende KV – Zulassung vor? ja  nein

KV-Zulassungsnummer:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	bei welcher KV?	<input style="width: 90%;" type="text"/>
----------------------	--	-----------------	--

b ein Eintrag in das Arztregister vor? ja  bei welcher KV?   
 nein

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

**2.2 Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)**

Datum der Approbation:  als

- Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	bei welcher KV?	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV			<input style="width: 100%;" type="text"/>

Bezogen auf die KV-Zulassung oder den Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 2.3, 2.5 sowie 3.3 der Anlage 3 der NBhVO und § 95 c 2.3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Systemische Therapie

bei  Erwachsenen, bei  Kindern und Jugendlichen, in  Gruppen.

**2.3** Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut:  ja  nein

für  tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie,

Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes
Datum des Abschlusses

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Therapeutin/ des Therapeuten
------------	---

# Konsiliarbericht<sup>1</sup>

**Auf Veranlassung von:**

\_\_\_\_\_  
Name der Therapeutin/ des Therapeuten

- Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?  
 Ja                       Nein

- 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./am. (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?

**Ausfertigung für die Ärztin/ den Arzt** \_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

<sup>1</sup> Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.  
Vordr. 2738i (31 – 04.24)

## Konsiliarbericht<sup>2</sup>

**Auf Veranlassung von:**

Name der Therapeutin/ des Therapeuten

Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

Ja

Nein

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./am. (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?

**Ausfertigung für die Therapeutin/ den  
Therapeuten**

\_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

<sup>2</sup> Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.  
Vordr. 2738i (31 – 04.24)