

Absender

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste  
70636 Stuttgart

Beihilfenummer

Beihilfeberechtigte Person (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Nur für Beihilfeberechtigte, die nicht bei der  
PBeaKK versichert sind.

## Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

### 1. Beihilfeberechtigte Person

Ich beantrage die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Nachname

Vorname

Ort, Datum

Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

### 2. Auskunft der Patientin/des Patienten

Pseudonymisierungscode

Der Pseudonymisierungscode setzt sich zusammen aus der 10-stelligen Beihilfenummer und dem Geburtsdatum des Patienten.  
Beispiel:

1	3	4	5	2	9	9	9	9	9	2	8	0	2	1	9	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2.1 Wer wird behandelt?

Nachname

Vorname

Alter

2.2 Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/Herrn

der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle (PBeaKK) mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen  
Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

### Hinweis PBeaKK für berücksichtigungsfähige Angehörige:

Zur Vermeidung unbilliger Härten können Sie den Wunsch nach einem eigenen Antragsrecht formlos gegenüber der PBeaKK formulieren.



Eine Berechtigung zur Behandlung  
in Gruppen  
von Kindern und Jugendlichen  
liegt vor.

Eine Berechtigung zur Anwendung der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung nach  
Abschnitt 5 Nummer 1 oder 3 liegt vor.

#### 4.2 Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten und oder/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

4.2.1 Psychologischer Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation als

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

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a des Fünften Buches Sozialge-  
setzbuch (SGB V) anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene  
„vertiefte Ausbildung“ nach § 8 Absatz 3 Nummer 1 PsychThG und entsprechend Abschnitt 3 Nummern 2 und 3,  
Abschnitt 4 Nummer 2 sowie Abschnitt 5 Nummer 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV vor?

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
analytische Psychotherapie  
Verhaltenstherapie  
Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung  
bei Erwachsenen bei Kindern und Jugendlichen in Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

Liegt

a) eine KV-Zulassung vor? ja nein

KV-Zulassungsnummer , bei welcher KV?

b) ein Eintrag in das Ärzteregister vor? ja nein

bei welcher KV?

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

Datum der Approbation als

Psychologischer Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut

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

KV-Zulassungsnummer , bei welcher KV?

Gegebenenfalls Eintrag in das Ärztereister bei KV

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit Abschnitt 3 Nummer 3 und 6, Abschnitt 4 Nummer 3 sowie Abschnitt 5 Nummern 2 und 3 der Anlage 3 zur BBhV und § 95c Satz 2 Nummer 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben:

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

bei Erwachsenen bei Kindern und Jugendlichen in Gruppen.

Verfügen Sie gegebenenfalls über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut?

ja, für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und  
analytische Psychotherapie  
Verhaltenstherapie

nein

Name und Ort des Institutes

Datum des Abschlusses

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Therapeutin/des Therapeuten

**Hinweis PBeaKK für die Therapeuten:**

Für die Einleitung des Gutachterverfahrens sind die Angaben im Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie und die Angaben im Bericht an den Gutachter notwendig. Antrag sowie Bericht sind zusammen nach GOÄ-Ziffer 808 beihilfefähig.

Absender

Name und Anschrift der Therapeutin/  
des Therapeuten

Postbeamtenkrankenkasse  
Beihilfedienste  
70636 Stuttgart

---

## Bericht an die Gutachterin/den Gutachter zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

**Wichtiger Hinweis:** Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag an die Beihilfefestsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

### 1. Angaben über die Patientin/den Patienten

Pseudonymisierungscode

|

Der Pseudonymisierungscode setzt sich zusammen aus der 10-stelligen Beihilfenummer und dem Geburtsdatum des Patienten.

Beispiel:

1	3	4	5	2	9	9	9	9	9	2	8	0	2	1	9	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Familienstand

Alter

Geschlecht

Beruf

### 2. Angaben über die Behandlung

2.1 Art der vorgesehenen Therapie

2.2 Datum des Therapiebeginns

2.3 Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen

2.4 Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen  
(insgesamt und wöchentlich)

### 3. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie.

#### Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

- 3.1 **Spontanangaben** der Patientin/des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, gegebenenfalls bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, gegebenenfalls von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin/des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlußbericht beifügen.
- 3.2 **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. **Bei K+J.** auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts. Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
- 3.3 **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
- 3.4 **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. **Bei K.+J.** auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
- 3.5 **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben. **Bei K.+J.:** Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
- 3.6 **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
- 3.7 **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.
- 3.8 **Prognostische Einschätzung,** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin oder des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung, sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. **Bei K.+J.** auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

## Bericht zum Fortführungsantrag

F 3.1 Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.

F 3.2 Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K.+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin oder des Patienten, seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. **Bei K.+J.** Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.

F 3.3 Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin oder des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.

F 3.4 Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.

F 3.5 Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin oder des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

## 4. Bericht des Behandlers zum Antrag auf Verhaltenstherapie

**4.1 Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin oder des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten gegebenenfalls auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten. (Warum kommt die Patientin oder der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)

**4.2 Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin oder des Patienten und Krankheitsanamnese:**

- Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
- Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
- Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
- Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

**4.3 Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)

- Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
- Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
- Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

**4.4 Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

**4.5 Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.

- 4.6 Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
- 4.7 Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
- 4.8 Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.



## **Bericht zum Fortführungsantrag**

- F 4.1 **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1 bis 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.
- F 4.2 **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
- F 4.3 **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

Bei Bedarf verwenden Sie bitte ein Anlageblatt.

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift der Therapeutin/des Therapeuten

**Konsiliarbericht \*) auf Veranlassung von** Name und Anschrift der Therapeutin/des Therapeuten

Pseudonymisierungscode

Der Pseudonymisierungscode setzt sich zusammen aus der 10-stelligen Beihilfenummer und dem Geburtsdatum des Patienten.

Beispiel:

1	3	4	5	2	9	9	9	9	9	2	8	0	2	1	9	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**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- und Verdachtsdiagnosen

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen, stationär/ambulant (z. B. laufende Medikation)

Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor

Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor

Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erfolgt  veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

**\*)Den Bericht bitte in einem verschlossenen Umschlag unter Kennzeichnung mit dem Aufkleber zur Pseudonymisierung als vertrauliche Arztsache übersenden.**

**Ausfertigung für die Therapeutin/den Therapeuten**

**Konsiliarbericht \*) auf Veranlassung von** Name und Anschrift der Therapeutin/des Therapeuten

Pseudonymisierungscode

 | 

Der Pseudonymisierungscode setzt sich zusammen aus der 10-stelligen Beihilfenummer und dem Geburtsdatum des Patienten.

Beispiel:

1	3	4	5	2	9	9	9	9	9	2	8	0	2	1	9	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**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- und Verdachtsdiagnosen

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen, stationär/ambulant (z. B. laufende Medikation)

Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor

Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor

Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erfolgt  veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja  nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**\*)Den Bericht bitte in einem verschlossenen Umschlag unter Kennzeichnung mit dem Aufkleber zur Pseudonymisierung als vertrauliche Arztsache übersenden.**

**Ausfertigung für die Ärztin/den Arzt**

**Konsiliarbericht \*) auf Veranlassung von** Name und Anschrift der Therapeutin/des Therapeuten

Pseudonymisierungscode

Der Pseudonymisierungscode setzt sich zusammen aus der 10-stelligen Beihilfennummer und dem Geburtsdatum des Patienten.

Beispiel:

1	3	4	5	2	9	9	9	9	9	2	8	0	2	1	9	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**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- und Verdachtsdiagnosen

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen, stationär/ambulant (z. B. laufende Medikation)

Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor

Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor

Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erfolgt  veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

**\*)Den Bericht bitte in einem verschlossenen Umschlag unter Kennzeichnung mit dem Aufkleber zur Pseudonymisierung als vertrauliche Arztsache übersenden.**

**Ausfertigung für die Gutachterin/den Gutachter**

Bitte ausschneiden und auf den Umschlag kleben, der die Unterlagen für den Gutachter/die Gutachterin enthält. (Bitte den Pseudonymisierungscode eintragen.)

✂ .....

**Absender:**

Pseudonymisierungscode

Pseudonymisierungscode  
(10-stellige Beihilfenummer und  
Geburtsdatum des Patienten)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Ausschließlich von der begutachtenden Person zu öffnen!**

Für Gutachterin/Gutachter bei

Postbeamtenkrankenkasse  
Genehmigungen Psychotherapie  
70636 Stuttgart

✂ .....

Bitte ausschneiden und auf den Umschlag kleben, mit dem der Antrag auf Psychotherapie und der Umschlag an den Gutachter/die Gutachterin an die PBeaKK eingesandt wird. (Bitte den Pseudonymisierungscode eintragen.)

✂ .....

**Absender:**

Pseudonymisierungscode

Pseudonymisierungscode  
(10-stellige Beihilfenummer und  
Geburtsdatum des Patienten)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Für Gutachterin/Gutachter bei

Postbeamtenkrankenkasse  
Genehmigungen Psychotherapie  
70636 Stuttgart

✂ .....

Bitte ausschneiden und auf den Umschlag mit dem Konsiliarbericht aufkleben, soweit dieser gesondert versandt wird. (Bitte den Pseudonymisierungscode eintragen.)

✂ .....

**Absender:**

Pseudonymisierungscode

Pseudonymisierungscode  
(10-stellige Beihilfenummer und  
Geburtsdatum des Patienten)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**Konsiliarbericht: Ausschließlich von der begutachtenden Person zu öffnen!**

Für Gutachterin/Gutachter bei

Postbeamtenkrankenkasse  
Genehmigungen Psychotherapie  
70636 Stuttgart