

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Techniker Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
NACHNAME		
Vorname	geb. am	01.01.00
Straßenname Nr. 100		
D 15890 Eisenhüttenstadt		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101575519	A123456789	1000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
830232900	184582369	01.01.20

Name und Anschrift der Krankenkasse

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Antrag des Versicherten auf Psychotherapie

PTV 17

Nicht zur Weiterleitung an den Gutachter bestimmt.

Die Angaben der persönlichen Daten sind aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB I) notwendig. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags erforderlich. Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, da bei fehlender Mitwirkung die Leistung ganz oder teilweise versagt werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Angaben zum Mitglied bzw. zum Stammversicherten bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Ort

Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Feststellung der Leistungspflicht für

Analytische Psychotherapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie

Ich beantrage die Psychotherapie als

Erstantrag

Folgeantrag (während einer laufenden Behandlung)

Bei Erstanträgen bitte angeben:

Wurden bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 50 Minuten psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt?

ja, und zwar am _____ und ggf. am _____

nein (Wenn nein, bitte Folgendes angeben)

Waren Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund einer psychischen Erkrankung in stationärer oder rehabilitativer Behandlung?

ja

nein

Wurde vor dem jetzigen Antrag in den letzten 2 Jahren bereits eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

ja

nein

Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Therapeut die zur Prüfung des Antrags notwendigen Angaben, insbesondere zur Feststellung der Erkrankung, zu vorangegangenen Behandlungen und Begutachtungen sowie zur Wahl des Behandlungsverfahrens, der Krankenkasse und ggf. dem Gutachter mitteilt.

Ausstellungsdatum

01.01.20

Unterschrift des Patienten,
ggf. der gesetzlichen Vertreter

Ausfertigung für die Krankenkasse

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR. Y/9/1807/36/298
Muster PTV 1a/E (4.2017)