



Thüringer Landesamt für Finanzen · Beihilfestelle · Ernst-Toller-Straße 14 | 07545 Gera || Postfach 1222 | 07502 Gera  
Tel. +49 (0) 361 57 3628-141/143/144 | Fax: +49 (0) 361 57 3628-121 | E-Mail: [poststelle-beihilfe@tlf.thueringen.de](mailto:poststelle-beihilfe@tlf.thueringen.de)

zentraler Thüringer Formularpool

## Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

Bitte teilen Sie der Beihilfestelle auf dem Vorblatt zum Antrag (oder auf einem separaten Schreiben) Namen sowie Personalnummer der/des Beihilfeberechtigten mit.

Zutreffendes bitte ankreuzen

### I. Beihilfeberechtigter

Personalnummer

### II. Auskunft des Patienten

A) Wer wird behandelt?

<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigte/r	<input type="checkbox"/> Ehefrau/Ehemann	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	Alter
--	--	---	---------------------------------------	-------

Bitte zutreffendes unterstreichen

### III. Bescheinigung des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Erstbehandlung       Verlängerung / Folgebehandlung
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

von	bis	Anzahl der Sitzungen
-----	-----	----------------------

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anzahl der Einzelsitzungen	Anzahl der Gruppensitzungen
----------------------------	-----------------------------

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

 ja

 nein

Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern

Gebührenhöhe je Sitzung

  


#### IV. Fachkundennachweis für die beantragte Psychotherapie

##### 1. Ärzte

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

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

Eine Berechtigung zur Behandlung

in Gruppen

von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

##### 2. Psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

2.1 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 PsychThG

Datum der Approbation

als

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welches anerkannte Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG und entsprechend 2.2, 2.3 sowie 3.2 der Anlage 2 zu § 9 ThürBhV vor?

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

bei Erwachsenen

bei Kindern und Jugendlichen

in Gruppen

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

a) Liegt ggf. eine entsprechende KV-Zulassung vor?

ja  nein

KV-Zulassungsnummer	bei (Name der KV)
---------------------	-------------------

b) Liegt ein Eintrag in das Ärztereister vor?

ja  nein

bei (Name der KV)
-------------------

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

--

2.2 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation
-----------------------

als

Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer	bei (Name der KV)
Gegebenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV	

Geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 2.3, 2.5 sowie 3.2 der Anlage 2 der ThürBhV an, in welchen anerkannten Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben:

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

bei Erwachsenen

bei Kindern und Jugendlichen

in Gruppen

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.1998 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 des Therapeuten
--