

# Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie gemäß § 37a SGB V im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose (ICD-10-Code)

Erkrankung besteht seit (falls bekannt)

Krankenhausbehandlung  wird vermieden  wird verkürzt  ist nicht ausführbar

### Erklärung des Arztes

Mit dem Ziel, die Überweisung des Versicherten an einen verordnungsberechtigten Facharzt/Psychotherapeuten sicherzustellen, ziehe ich folgenden psychotherapeutischen Leistungserbringer hinzu

Name des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Straße

PLZ  Ort

Für das Ausstellen dieses Vordrucks ist die Nr. 30800 EBM berechnungsfähig.

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### Psychotherapeutischer Leistungserbringer

Ich erkläre, dass ich einen Vertrag gem. § 132b SGB V geschlossen habe oder eine vergleichbare Abrechnungsgenehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegt.

IK des Leistungserbringers

### Abrechnung des psychotherapeutischen Leistungserbringers

Folgende Leistungen wurden erbracht

Datum	Leistung
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Bemerkungen zur Abrechnung

Ich versichere, dass ich die aufgeführten Leistungen persönlich erbracht habe und bitte um Überweisung des vertraglich vereinbarten Betrages auf folgendes Konto

Kontoinhaber

IBAN

BIC  Geldinstitut

Diese Ausfertigung ist vom psychotherapeutischen Leistungserbringer an die Krankenkasse weiterzuleiten!

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Datum

Stempel und Unterschrift des psychotherapeutischen Leistungserbringers



