



**Heilbehandlung für die Bundeswehr**

**Beantragung - Verlängerung - Abrechnung**



Truppenarzt

Psychotherapeut  $\Psi$

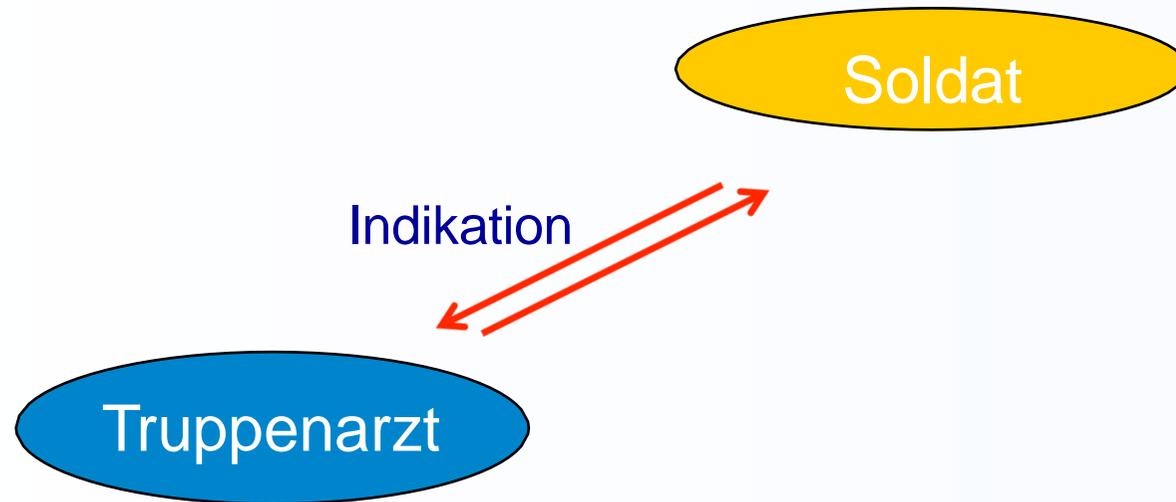
Wehrpsychiater

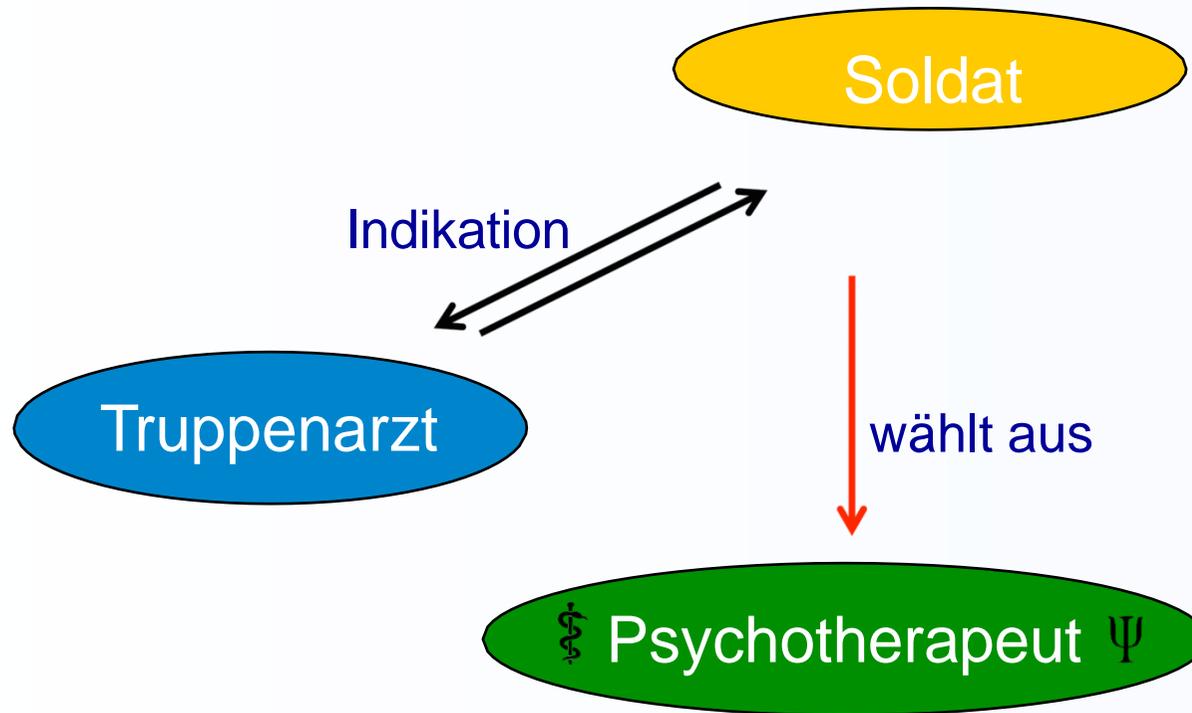


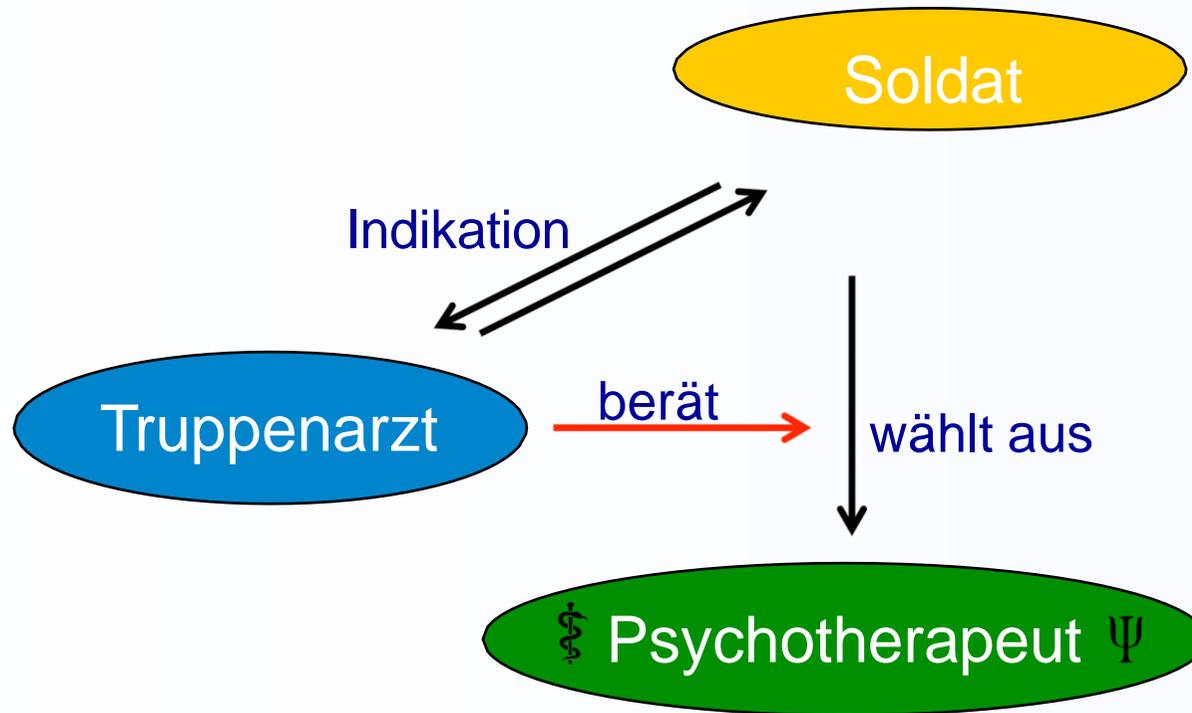
BAPersBw  
Referat PA 3

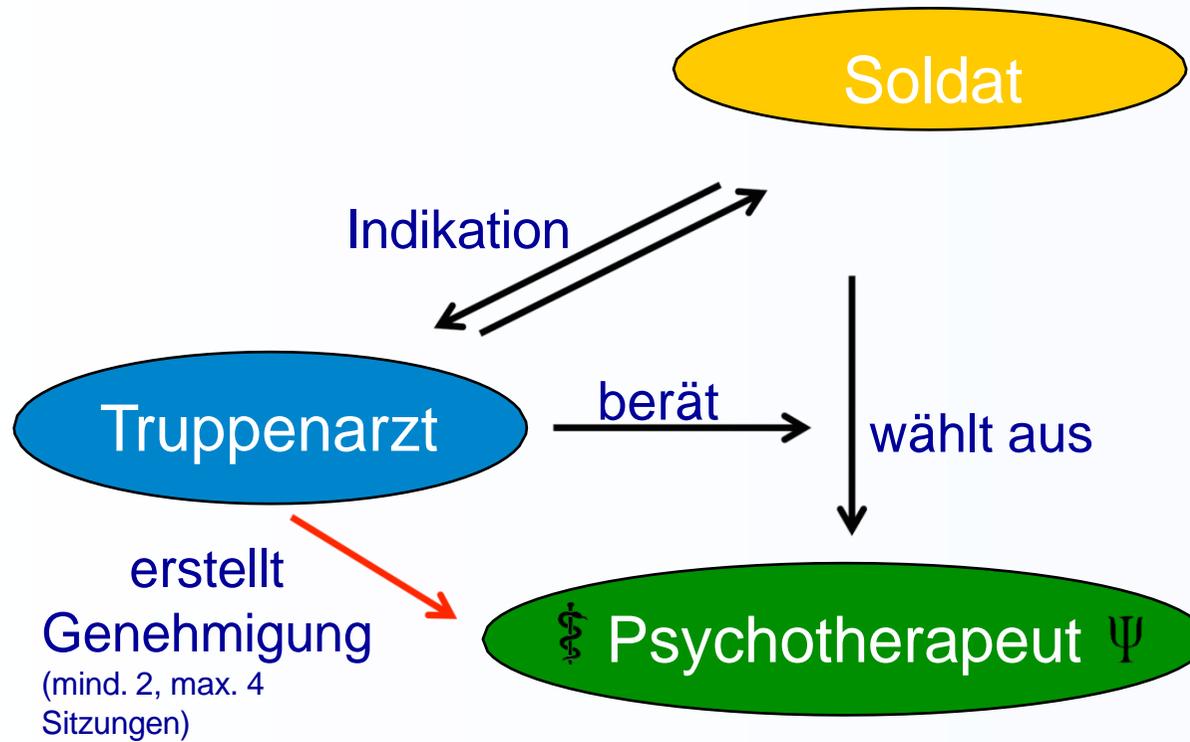
Heilfürsorgeabrechnung

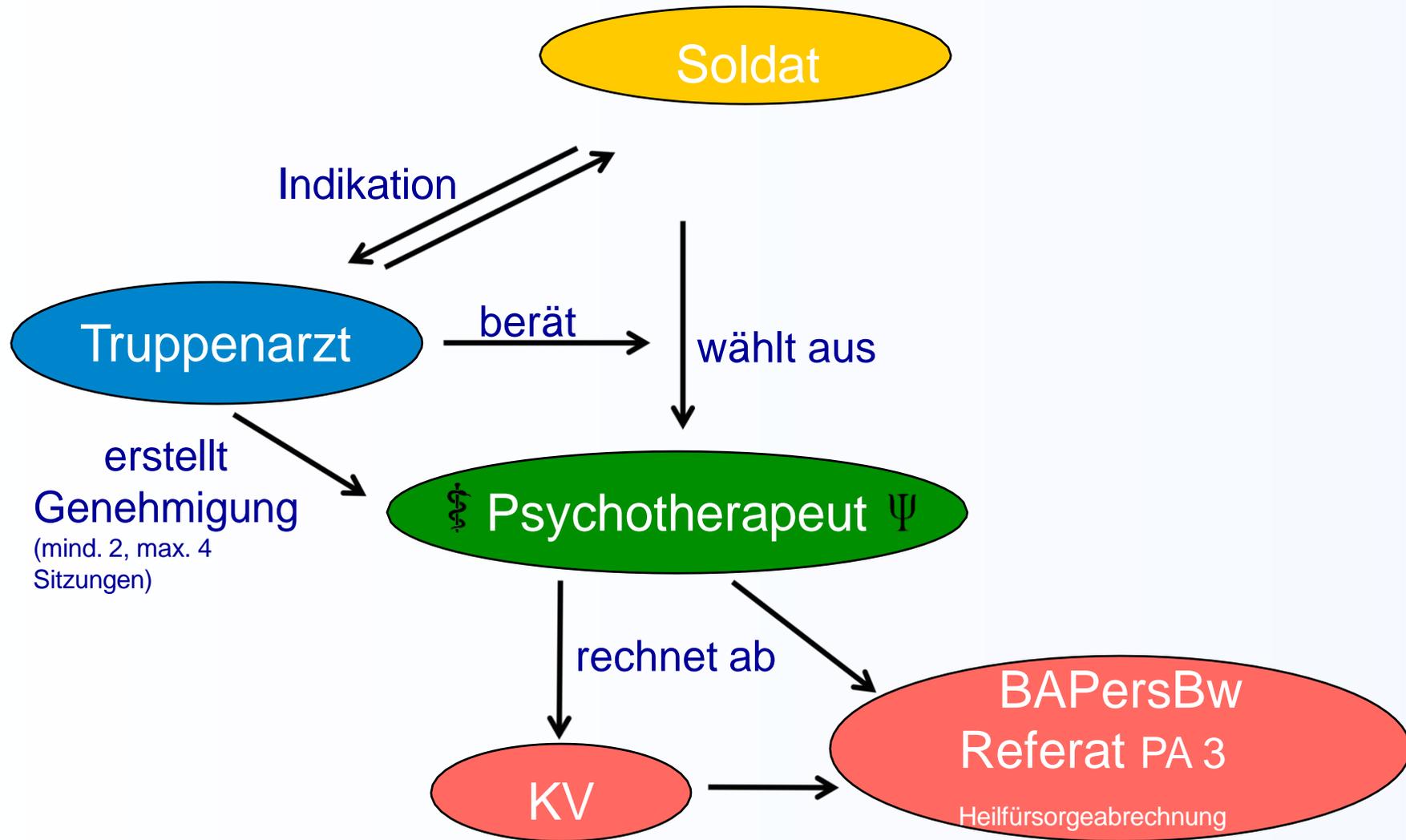
Kdo RegSanUstg  
G3.2.1  
Heilverfahren

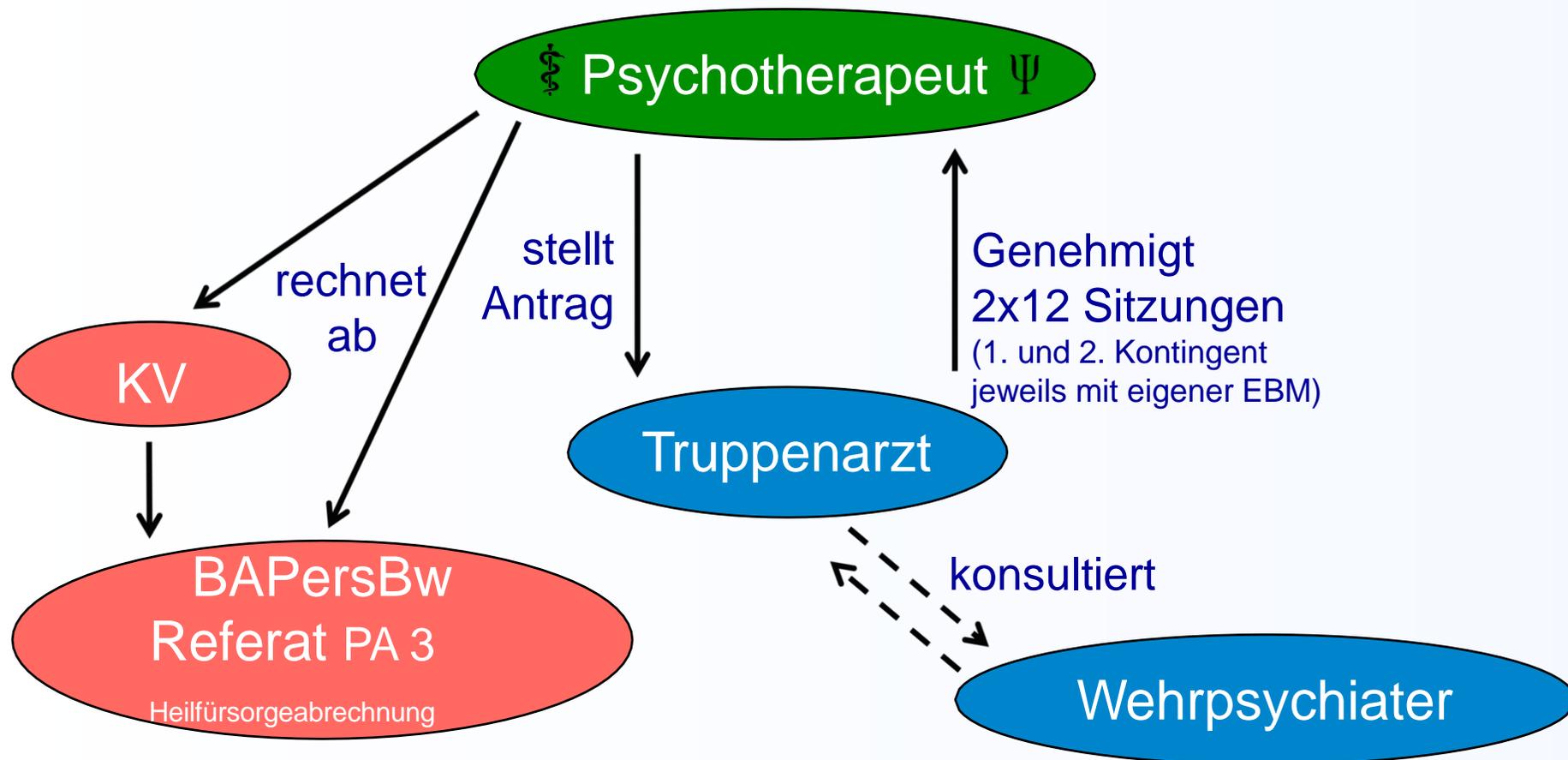


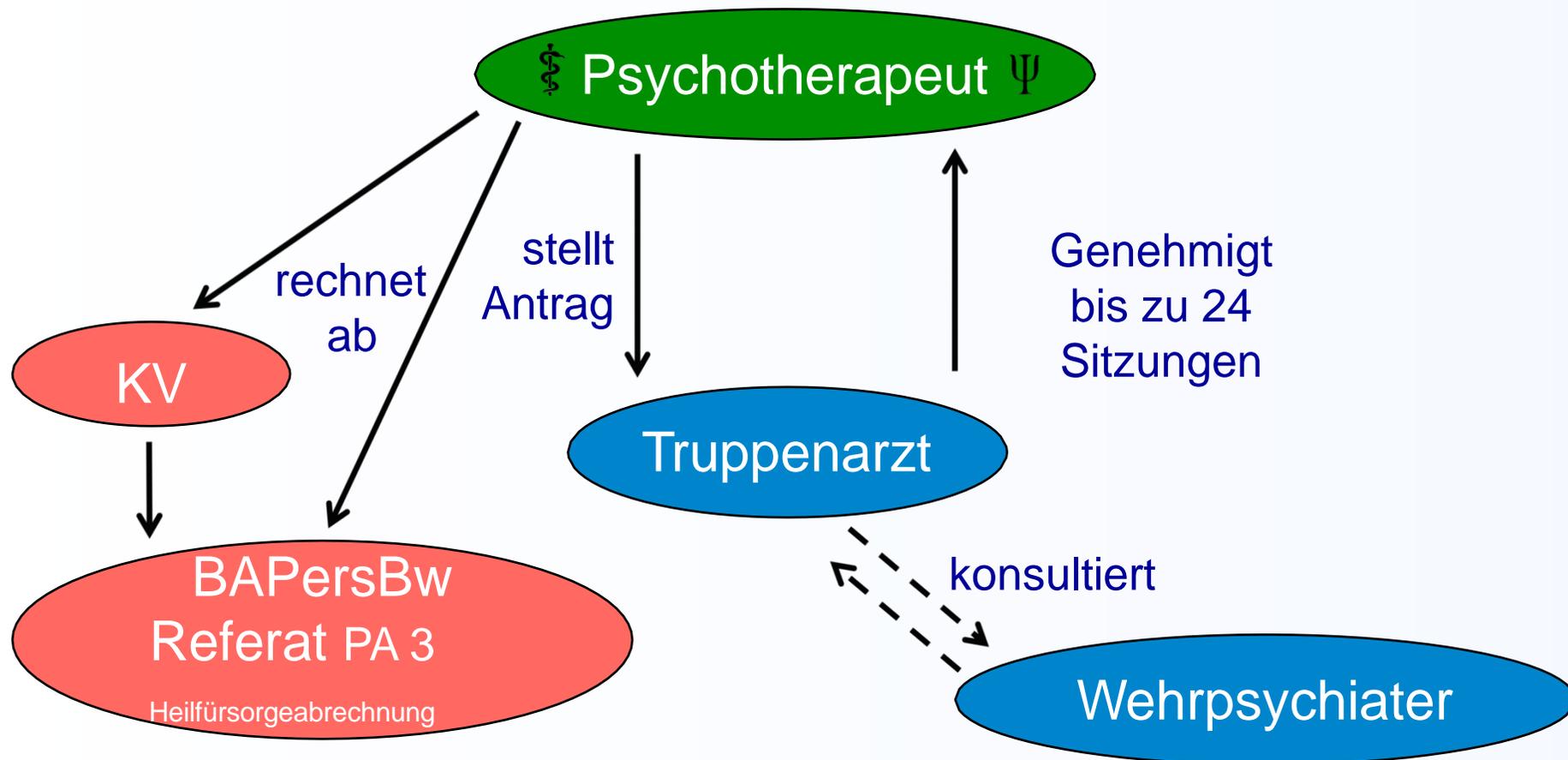












dient der zeitnahen Intervention und stellt keinen Ersatz für eine Dauertherapie (Kurzzeittherapie=KZT/Langzeittherapie=LZT) dar

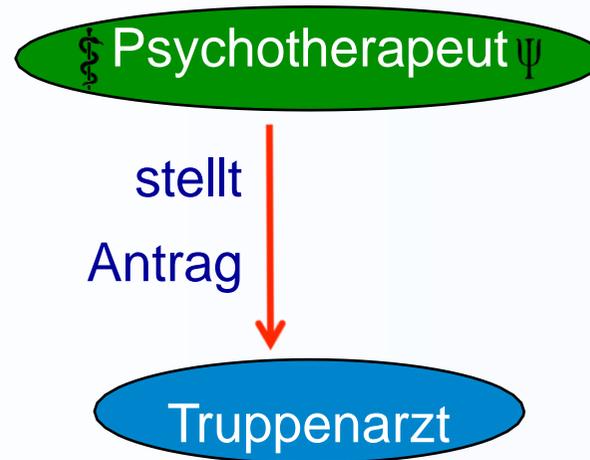


Umwandlung KZT → LZT

Psychotherapeut  $\Psi$

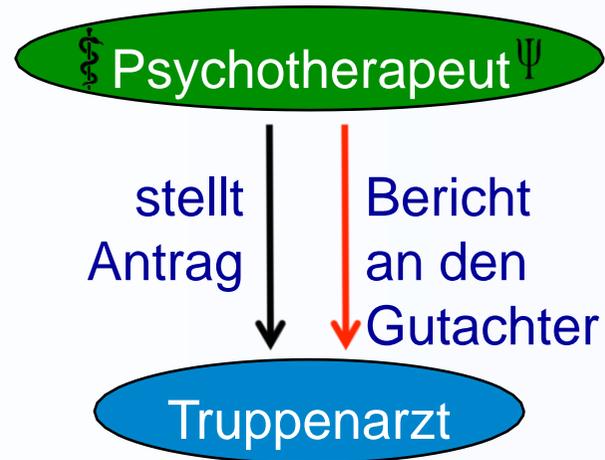


## Umwandlung KZT → LZT



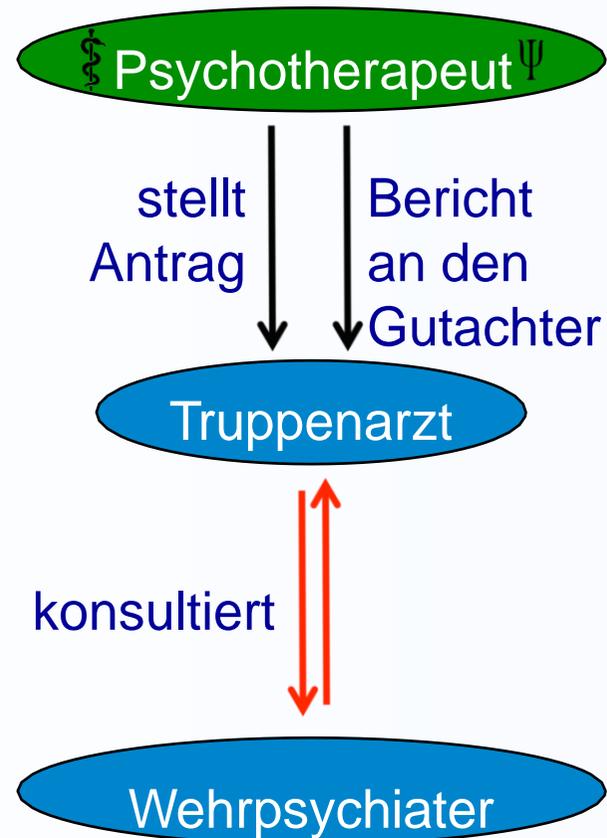


## Umwandlung KZT → LZT



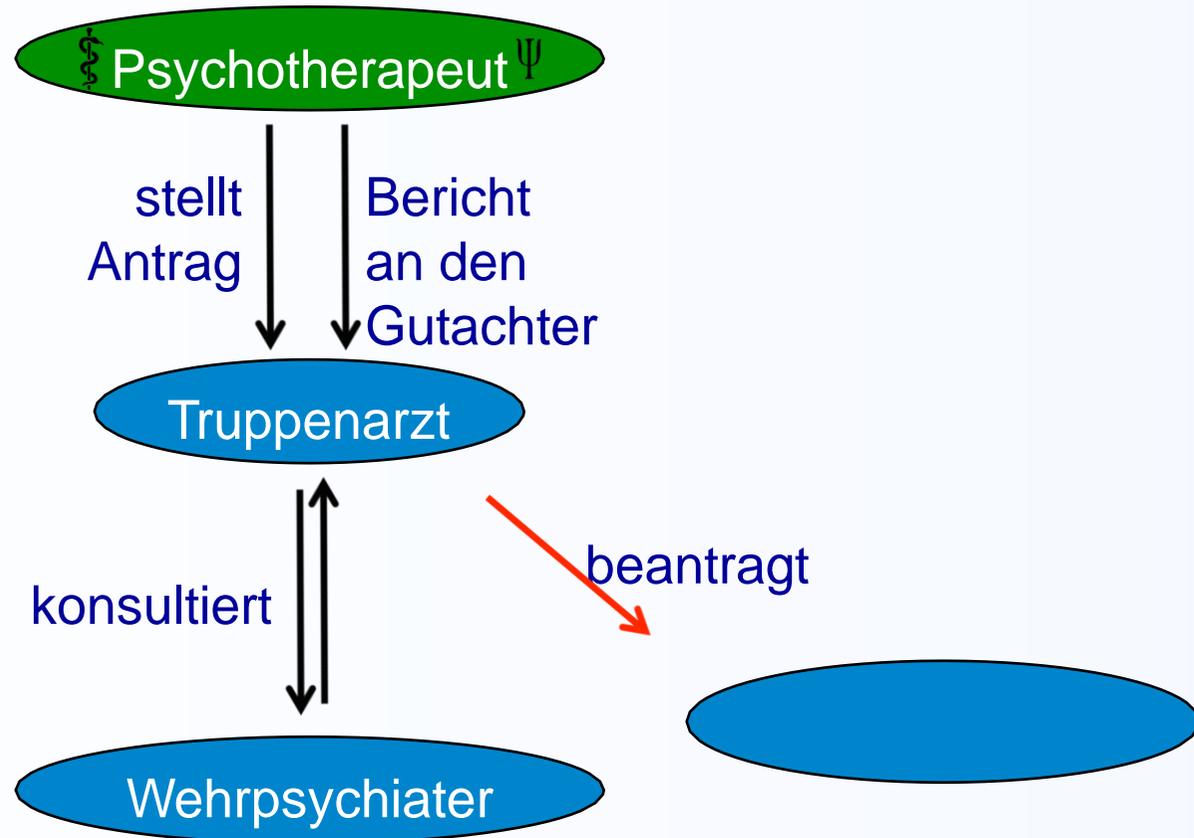


## Umwandlung KZT → LZT



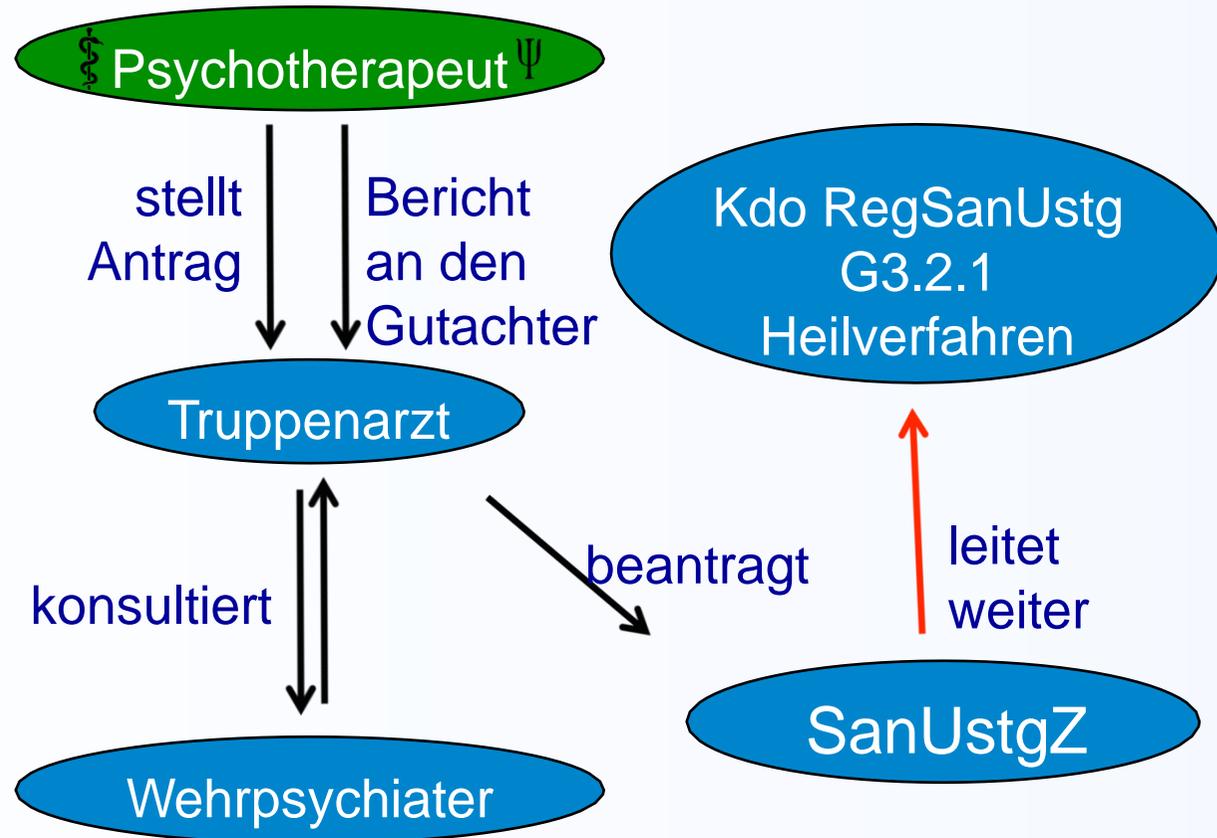


## Umwandlung KZT → LZT



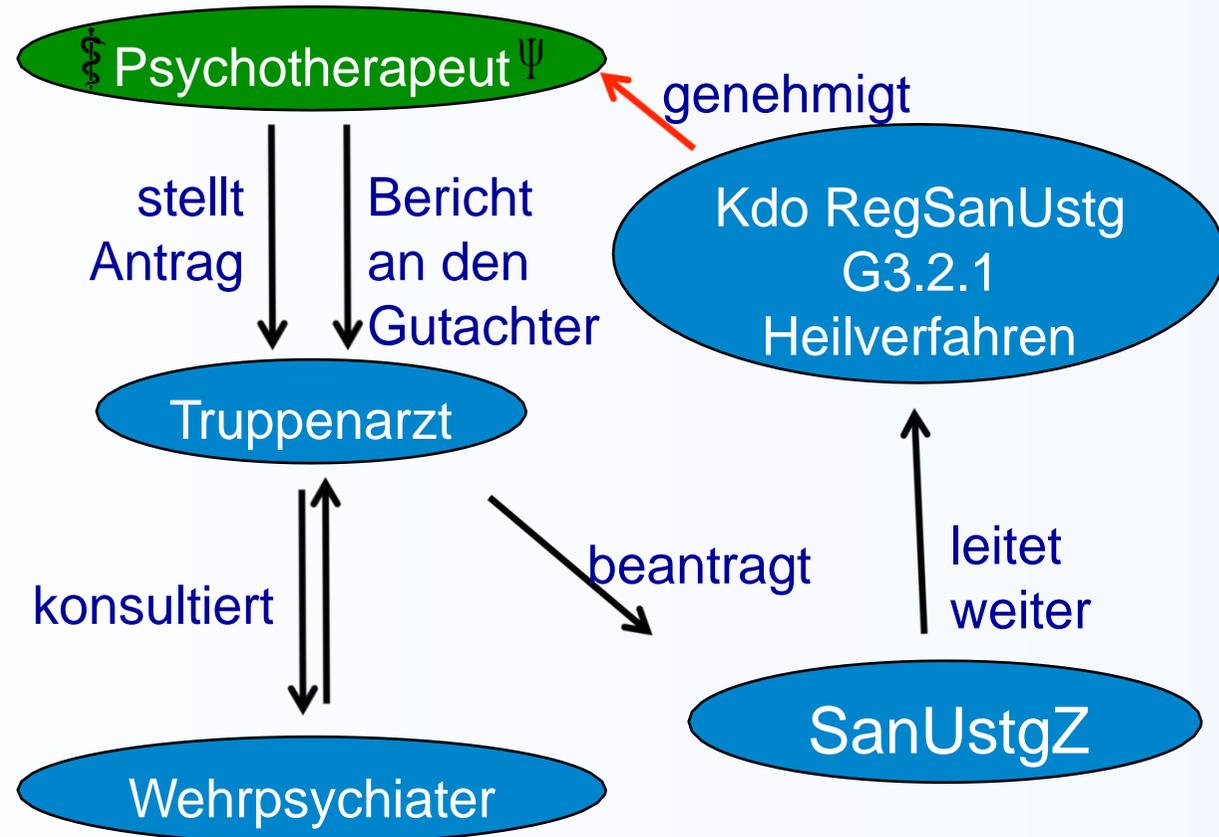


## Umwandlung KZT → LZT



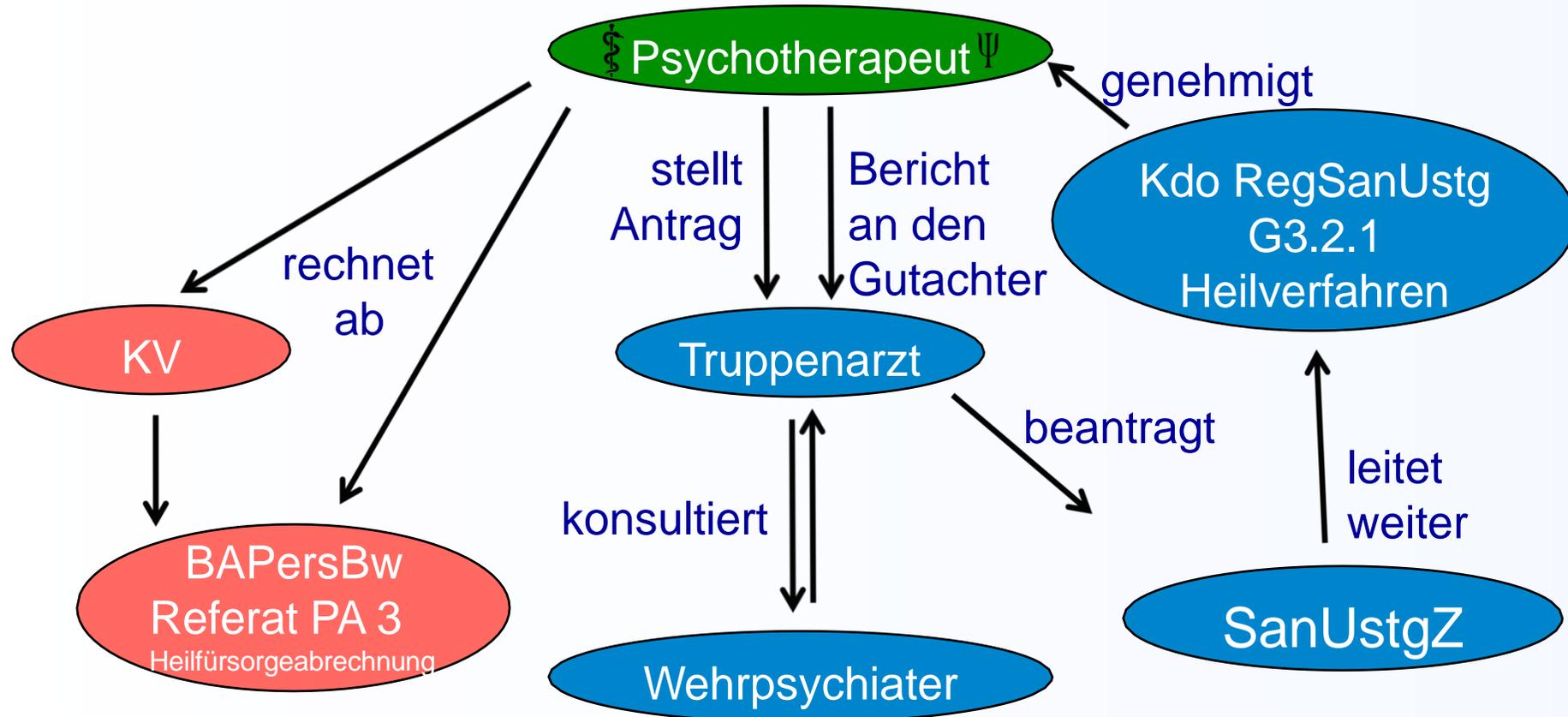


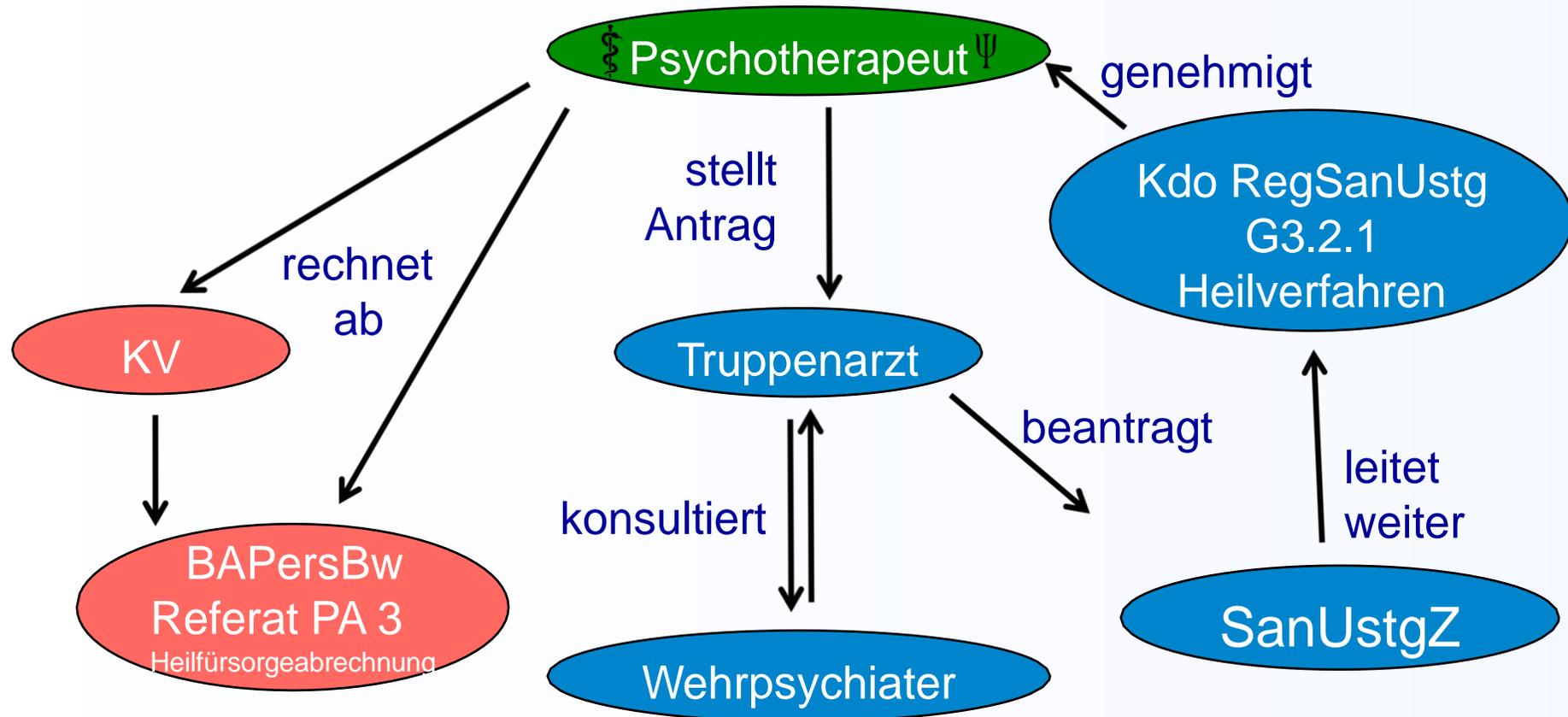
## Umwandlung KZT → LZT





## Umwandlung KZT → LZT







## Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217  
→ Truppenarzt



## (EBM)

<b>Überweisungsschein</b> für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3  <b>Gültig</b> ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus.  <b>Abweichende Gültigkeitsdauer</b> (Datum) vom (Datum) bis (Datum)
Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – <b>außer in Notfällen</b> – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – <b>außer in Notfällen</b> – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.		
1 Personenkennziffer		
Name, Vorname		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr.		Fachgebiet
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)		
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf		
4 Überweisung zur		
a) <input type="checkbox"/> Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/		<input type="checkbox"/> Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum) _____
b) <input type="checkbox"/> zur Konsiliaruntersuchung		c) <input type="checkbox"/> zur Mitbehandlung
d) <input type="checkbox"/> zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3		e) <input type="checkbox"/> zur ambul. Operation in der Arztpraxis
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach		
<input type="checkbox"/> Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung)		<input type="checkbox"/> Nr. 01621 (Krankheitsbericht)
<input type="checkbox"/> Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief)		<input type="checkbox"/>
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3)		
<input type="checkbox"/>		
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)		(Ort, Datum)
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)
		<b>Verteiler:</b> <input type="checkbox"/> Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung <input type="checkbox"/> Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) <input type="checkbox"/> Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr
– Ohne Unterschrift ungültig –		





## Erstes Quartal

<b>Überweisungsschein</b> für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3  Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus. Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) VOM (Datum) bis (Datum)
Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – <b>außer in Notfällen</b> – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – <b>außer in Notfällen</b> – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.		
1	Personenkennziffer	
Name, Vorname		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Anaehöria(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2	Überweisung an Herrn/Frau Dr.	Fachgebiet
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)		
3	Diagnose/Symptome/Verdacht auf	
4	Überweisung zur	
a)	<input checked="" type="checkbox"/> Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) <input type="checkbox"/> Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)	
<b>Ambulante Psychotherapie: 12 x [EBM od. Behandlungsverfahren ausformuliert] einschließlich flankierender Ziffern</b>		
b)	<input type="checkbox"/> zur Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> zur Mitbehandlung <input type="checkbox"/> zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3 <input type="checkbox"/> zur ambul. Operation in der Arztpraxis	
f)	Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach <input type="checkbox"/> Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) <input type="checkbox"/> Nr. 01621 (Krankheitsbericht) <input type="checkbox"/> Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) <input type="checkbox"/>	
5	Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>	
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)		(Ort, Datum)
(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)		<b>Verteiler:</b> <input type="checkbox"/> Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung <input type="checkbox"/> Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) <input type="checkbox"/> Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr
– Ohne Unterschrift ungültig –		

Fortbildungsveranstaltung der Bundeswehr für Mitglieder der OPK



## Erstes Quartal

<b>Überweisungsschein</b> für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)		Schutzbereich 3  Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd. Kalendervierteljahr hinaus. Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) VOM (Datum) bis (Datum)
Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – <b>außer in Notfällen</b> – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – <b>außer in Notfällen</b> – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.		
1	Personenkennziffer	
Name, Vorname		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Anaehöria(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2	Überweisung an Herrn/Frau Dr.	Fachgebiet
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)		

Überweisung zur

Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/
  Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum) \_\_\_\_\_

**Ambulante Psychotherapie: 12 x [EBM od. Behandlungsverfahren ausformuliert] einschließlich flankierender Ziffern**

*EBM nach Kontingent und Beh.-Verf. unterschiedlich!*

b) <input type="checkbox"/> zur Konsiliaruntersuchung	c) <input type="checkbox"/> zur Mitbehandlung	d) <input type="checkbox"/> zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3	e) <input type="checkbox"/> zur ambul. Operation in der Arztpraxis
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach			
<input type="checkbox"/> Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung)	<input type="checkbox"/> Nr. 01621 (Krankheitsbericht)	<input type="checkbox"/> Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief)	<input type="checkbox"/>
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3)			
<input type="checkbox"/>			
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)		(Ort, Datum)	
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)	
		<b>Verteiler:</b> <input type="checkbox"/> Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung <input type="checkbox"/> Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) <input type="checkbox"/> Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr	
– Ohne Unterschrift ungültig –			



## Folgequartal

<b>X</b>	<b>Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Überweisungsschein vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]</b> <b>Überweisungsschein</b> für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)	Schutzbereich 3 Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd Kalendervierteljahr hinaus.
 <b>Bundeswehr</b>	Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – <b>außer in Notfällen</b> – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – <b>außer in Notfällen</b> – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.	Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) vom (Datum) bis (Datum)
1 Personenkennziffer	Name, Vorname	Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr.	Fachgebiet	
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort)		
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf		
4 Überweisung zur		
a) <input type="checkbox"/> Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ <input type="checkbox"/> Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum)		
b) <input type="checkbox"/> zur Konsiliaruntersuchung    c) <input type="checkbox"/> zur Mitbehandlung    d) <input type="checkbox"/> zur Notfallversorgung (Akutversorgung) wegen Feld 3    e) <input type="checkbox"/> zur ambul. Operation in der Arztpraxis		
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach <input type="checkbox"/> Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) <input type="checkbox"/> Nr. 01621 (Krankheitsbericht) <input type="checkbox"/> Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) <input type="checkbox"/>		
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>		
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon)	(Ort, Datum)	<b>Verteiler:</b> <input type="checkbox"/> Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung <input type="checkbox"/> Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) <input type="checkbox"/> Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr
(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung)		
– Ohne Unterschrift ungültig –		



## Folgequartal

 <b>Bundeswehr</b>		<b>Überweisungsschein</b> für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)	Schutzbereich 3
1 Personenkennziffer _____		Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – <b>außer in Notfällen</b> – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – <b>außer in Notfällen</b> – nur durch eine Bundeswehrärztin/einen Bundeswehrarzt.	Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend oder durch besondere Mitteilung ein anderer Zeitraum bestimmt wird, jedoch nicht über das lfd Kalendervierteljahr hinaus.
Name, Vorname _____			Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) vom (Datum) _____ bis (Datum) _____
2 Überweisung an Herrn/Frau Dr. _____		Verletzung/Schaden möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) _____		Fachgebiet _____	
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf _____			
Überweisung zur <input checked="" type="checkbox"/> Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)/ <input type="checkbox"/> Ergänzung des Untersuchungsauftrages vom (Datum) _____			
<b>Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Überweisungsschein vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]</b>			
f) Ich bitte um schriftliche Äußerung auf der Rückseite der Seite 2. Ausfertigung (schwarz) nach <input type="checkbox"/> Nr. 01620 EBM (Kurze Bescheinigung) <input type="checkbox"/> Nr. 01621 (Krankheitsbericht) <input type="checkbox"/> Nr. 01601 EBM (Ärztlicher Brief) <input type="checkbox"/> _____			
5 Ich bitte um Übersendung Ihnen vorliegender Befunde zu o.a Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/> _____			
(Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon) _____		(Ort, Datum) _____	
		(Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung) _____	
<b>Verteiler:</b> <input type="checkbox"/> Ausftg = Arzt/Ärztin zur Abrechnung <input type="checkbox"/> Ausftg = Rückantwort des Arztes/der Ärztin (→ G-Karte) <input type="checkbox"/> Ausftg = Beleg für überweisenden Arzt/überweisende Ärztin der Bundeswehr			
– Ohne Unterschrift ungültig –			



## Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217  
→ Truppenarzt
- Antrag LZT: Behandlungsausweis  
→ Kdo RegSanUstg G3.2.1





## Therapeut mit Kassenzulassung

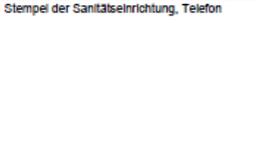
- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217  
→ Truppenarzt
- Antrag LZT: Behandlungsausweis  
→ Kdo RegSanUstg G3.2.1

## Therapeut ohne Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0218  
→ Truppenarzt



## GOÄ/ GOP

 <b>Bundeswehr</b> <b>Kostenübernahmeerklärung</b>		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. <b>Abweichende Gültigkeitsdauer</b>	
1 Personenkennziffer <input type="text"/>		vom (Datum)	bis (Datum)
Name, Vorname		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt)		Fachgebiet	
PLZ, Ort, Straße			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf			
4 Überweisung zur ambulanten			
a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) <input type="checkbox"/>			
b) Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> c) Mitbehandlung <input type="checkbox"/> d) amtsärztlichen Untersuchung <input type="checkbox"/> e) Operation <input type="checkbox"/>			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ			
Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht <input type="checkbox"/>		Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung <input type="checkbox"/>	
Nr. _____			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung			
a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/>		b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/>	
c) AHB <input type="checkbox"/>			
<b>Hinweis:</b> Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon		PLZ, Ort, Datum	
		Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr	
-Ohne Unterschrift ungültig-			
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04)    VersNr 7530-12-323-5758    Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.			



## Erstes Quartal

 <b>Bundeswehr</b> <b>Kostenübernahmeerklärung</b>		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1fd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. <b>Abweichende Gültigkeitsdauer</b>	
1 Personenkennziffer <input type="text"/>		vom (Datum) <input type="text"/> bis (Datum) <input type="text"/>	
Name, Vorname <input type="text"/>		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) <input type="text"/>		Fachgebiet <input type="text"/>	
PLZ, Ort, Straße <input type="text"/>			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf <input type="text"/>			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) <input checked="" type="checkbox"/> Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert] zum 2,0 <b>fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern</b>			
b) Konsiliar- untersuchung <input type="checkbox"/>			
c) Mitbehandlung <input type="checkbox"/>			
d) amtsärztlichen Untersuchung <input type="checkbox"/>			
e) Operation <input type="checkbox"/>			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht <input type="checkbox"/>			
Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung <input type="checkbox"/>			
Nr. <input type="text"/>			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/>			
b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/>			
c) AHB <input type="checkbox"/>			
<b>Hinweis:</b> Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon <input type="text"/>		PLZ, Ort, Datum <input type="text"/>	
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr <input type="text"/>			
–Ohne Unterschrift ungültig–			
San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.			



## Erstes Quartal

 <b>Bundeswehr</b> <b>Kostenübernahmeerklärung</b>		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. <b>Abweichende Gültigkeitsdauer</b>	
1 Personenkennziffer <input type="text"/>		vom (Datum)	bis (Datum)
Name, Vorname		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Arztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt)		Fachgebiet	
PLZ, Ort, Straße			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf			

### 4 Überweisung zur ambulanten

#### a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)

Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert] zum 2,0 fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern

Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht <input type="checkbox"/>	Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung <input type="checkbox"/>	Nr. _____ <input type="checkbox"/>
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>		
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung		
a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/>	b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/>	c) AHB <input type="checkbox"/>
<b>Hinweis:</b> Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus		
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Arztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung		
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon	PLZ, Ort, Datum	
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr		
–Ohne Unterschrift ungültig–		
<small>San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04)    Vers.Nr 7530-12-323-5758    Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.</small>		



## Folgequartale

 <b>Bundeswehr</b> <b>Kostenübernahmeerklärung</b>		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1fd Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. <b>Abweichende Gültigkeitsdauer</b>	
1 Personenkennziffer <input type="text"/>		vom (Datum) <input type="text"/> bis (Datum) <input type="text"/>	
Name, Vorname <input type="text"/>		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) <input type="text"/>		Fachgebiet <input type="text"/>	
PLZ, Ort, Straße <input type="text"/>			
3 Diagnose/Symptome/Verdacht auf <input type="text"/>			
4 Überweisung zur ambulanten a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung) <input checked="" type="checkbox"/> <b>Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Kostenübernahmeerklärung vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]</b>			
b) Konsiliar-untersuchung <input type="checkbox"/> c) Mitbehandlung <input type="checkbox"/> d) amtsärztlichen Untersuchung <input type="checkbox"/> e) Operation <input type="checkbox"/>			
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht <input type="checkbox"/> Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung <input type="checkbox"/>			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/> b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> c) AHB <input type="checkbox"/>			
<b>Hinweis:</b> Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon <input type="text"/>		PLZ, Ort, Datum <input type="text"/>	
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr <input type="text"/>			
–Ohne Unterschrift ungültig–			
<small>San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.</small>			



## Folgequartale

 <b>Bundeswehr</b> <b>Kostenübernahmeerklärung</b>		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. <b>Abweichende Gültigkeitsdauer</b>	
1 Personenkennziffer <input type="text"/>		vom (Datum) <input type="text"/> bis (Datum) <input type="text"/>	
Name, Vorname <input type="text"/>		Verletzung/Schaden, möglicherweise durch Bw-Angehörige(n) oder Dritte(n) verursacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2 Überweisung an (Arzt/Ärztin/Krankenhaus/Gesundheitsamt) <input type="text"/>		Fachgebiet <input type="text"/>	
PLZ, Ort, Straße <input type="text"/>			

### 4 Überweisung zur ambulanten

#### a) Durchführung folgender diagnostischer Leistung(en) (Auftragsleistung)

**Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Kostenübernahmeerklärung vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]**

<input type="checkbox"/> Untersuchung	<input type="checkbox"/> Untersuchung	<input type="checkbox"/> Untersuchung	<input type="checkbox"/> Untersuchung
Ich bitte um folgende schriftliche Äußerung nach GOÄ Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht <input type="checkbox"/> Nr. 80 schriftliche gutachtliche Äußerung <input type="checkbox"/>			
5 Ich bitte um Übersendung der Ihnen vorliegenden Befunde zu o.a. Diagnose (Feld 3) <input type="checkbox"/>			
6 Überweisung zur Krankenhausbehandlung a) Allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/> b) 2-Bett-Zimmer (nur bei vollstationärer Krankenhausbehandlung) und wahlärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> c) AHB <input type="checkbox"/>			
<b>Hinweis:</b> Über die Form der Krankenhausbehandlung entscheidet das Krankenhaus			
7 Eine Weiterüberweisung an andere Ärzte/Ärztinnen zur Untersuchung oder Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des zuständigen Bundeswehrarztes/der zuständigen Bundeswehrärztin und der Ausstellung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung. Weitere Gebühren- und Abrechnungshinweise siehe Rückseite der 1. Ausfertigung			
Stempel der Sanitätseinrichtung, Telefon <input type="text"/>		PLZ, Ort, Datum <input type="text"/>	
Unterschrift, Dienstgrad/Amtsbezeichnung, Namensstempel des Arztes/der Ärztin der Bundeswehr <input type="text"/>			
–Ohne Unterschrift ungültig–			
<small>San/Bw/0218/V (Bw-2218/V-06.04) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.</small>			



## Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217  
→ Truppenarzt
- Antrag LZT: Behandlungsausweis  
→ Kdo RegSanUstg G3.2.1

## Therapeut ohne Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0218  
→ Truppenarzt
- Antrag LZT:
  1. Genehmigungsschreiben → Kdo RegSanUstg G3.2.1
  2. SanBw 0218 → Truppenarzt



Ihr erster Ansprechpartner:  
Der Truppenarzt!



<b>Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung</b> G3.2.1 Az 42-75-61 Listen-Nr: P 1900/0001 (bitte angeben)	65582 Diez, 24.11.201 Schloss Oranienstein FspNBw 90-4451-238 Tel 06432-940-238 Fax -239
<b>Sanitätszentrum Musterstadt - Heilfürsorge -</b>	<b>Musterstraße 1 12345 Musterstadt</b>
<b>Dipl. Psych. Mustermann</b>	<b>Musterstraße 2 12345 Musterstadt</b>
<b>Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie</b>	
Name, Vorname, Dienstgrad	Personenkennziffer
Einheit und Standort	Dienstzeitende (Datum)
<b>Anzahl der Behandlungen <u>50</u> x <u>870</u> GOP zum 2,0-fachen Satz einschließlich flankierender</b>	
<b>Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis <u>19.02.2015</u></b>	
<b>Vermerk für den/die Therapeuten/in:</b> Bei der Abrechnung ist ein Exemplar dieser Genehmigung zusammen mit der Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) des Truppenarztes bei dem <b>Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) Referat PA 3, Prötzeler Chaussee 25, 15344 Strausberg</b> , einzureichen. Die Abrechnung richtet sich nach der Vereinbarung mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) vom 09.09.2013.	
<b>Vermerk für den Truppenarzt:</b> Der o. g. Zeitraum der Gültigkeit ist in die Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) im Feld abweichende Gültigkeitsdauer zu übernehmen.	
Im Auftrag	Diese Genehmigung verliert mit dem Dienstzeitende des Soldaten ihre Gültigkeit, was auch für den Fall gilt, dass der Soldat nach dem Personalstärkegesetz vorzeitig aus der Bundeswehr ausscheidet.
Verteiler: 1. - 2. Ausf. Zv. Einrichtung 3. Ausf. TrArzt 4. Ausf. Kdo RegSanUstg	

Ihre Abrechnungsstelle:  
Das BAPersBw!



**Wird immer durch  
Kdo RegSanUstg  
G3.2.1 ausgestellt !**



Ihr erster Ansprechpartner:  
Der Truppenarzt!



<b>Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung</b> G3.2.1 Az 42-75-61 Listen-Nr: P 1900/0001 (bitte angeben)	65582 Diez, 24.11.201 Schloss Oranienstein FspNBw 90-4451-238 Tel 06432-940-238 Fax -239
<b>Sanitätszentrum Musterstadt - Heilfürsorge -</b>	<b>Musterstraße 1</b> 12345 Musterstadt
<b>Dipl. Psych. Mustermann</b>	<b>Musterstraße 2</b> 12345 Musterstadt
<b>Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie</b>	
Name, Vorname, Dienstgrad	Personenkennziffer
Einheit und Standort	Dienstzeitende (Datum)
<b>Anzahl der Behandlungen <u>50</u> x <u>870</u> GOP zum 2,0-fachen Satz einschließlich flankierender</b>	
<b>Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis <u>19.02.2015</u></b>	

**Wird immer durch Kdo RegSanUstg G3.2.1 ausgestellt !**

Ihre Abrechnungsstelle:  
Das BAPersBw !



Bei der Abrechnung ist ein Exemplar dieser Genehmigung zusammen mit der Kostenübernahmeerklärung (San/Bw/0218) des Truppenarztes bei dem **Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) Referat PA 3, Prötzeler Chaussee 25, 15344 Strausberg**, einzureichen.  
Die Abrechnung richtet sich nach der Vereinbarung mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) vom 09.09.2013.

Ohne Formblatt SanBw 0218 keine Abrechnung !



Im Auftrag	Diese Genehmigung verliert mit dem Dienstzeitende des Soldaten ihre Gültigkeit, was auch für den Fall gilt, dass der Soldat nach dem Personalstärkegesetz vorzeitig aus der Bundeswehr ausscheidet.
Verteiler: 1. - 2. Ausf. Zv. Einrichtung 3. Ausf. TrArzt 4. Ausf. Kdo RegSanUstg	



Bundesamt für das Personalmanagement  
der Bundeswehr  
Referat PA 3 Heilfürsorgeabrechnung  
Postfach 1149  
15331 Strausberg



FTLArzt	Kreft	06432-940 -2393
OStArzt	N.N.	-2381
AN´in	Dersch	-2355
OSG	Böttcher	-2385
	FAX	-2399

Postanschrift:

Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung

G3.2.1 Kuren und besondere Heilverfahren

Schloss Oranienstein

65582 Diez

**Anfragen per Mail:**

**[KdoRegSanUstgG321@Bundeswehr.org](mailto:KdoRegSanUstgG321@Bundeswehr.org)**