



**Heilbehandlung für die Bundeswehr
Beantragung - Verlängerung - Abrechnung**



Truppenarzt

Psychotherapeut Ψ

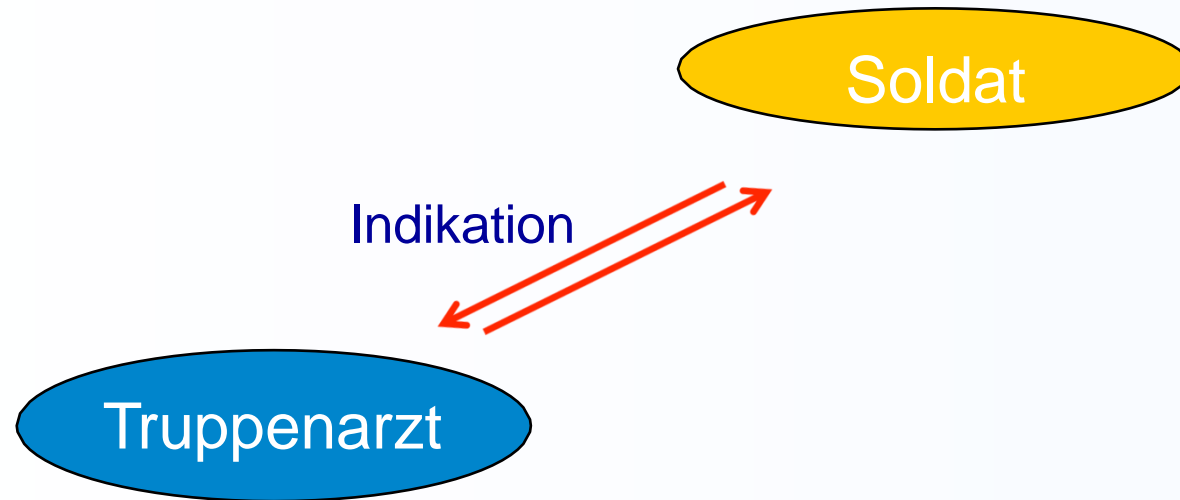
Wehrpsychiater

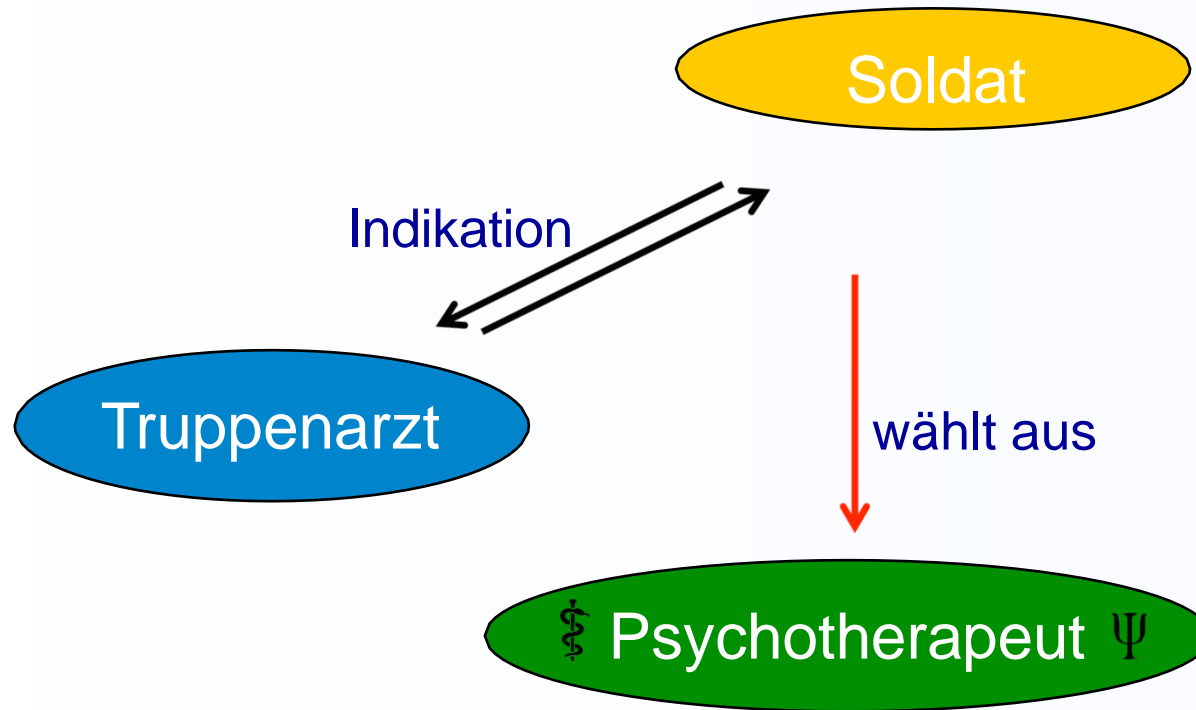


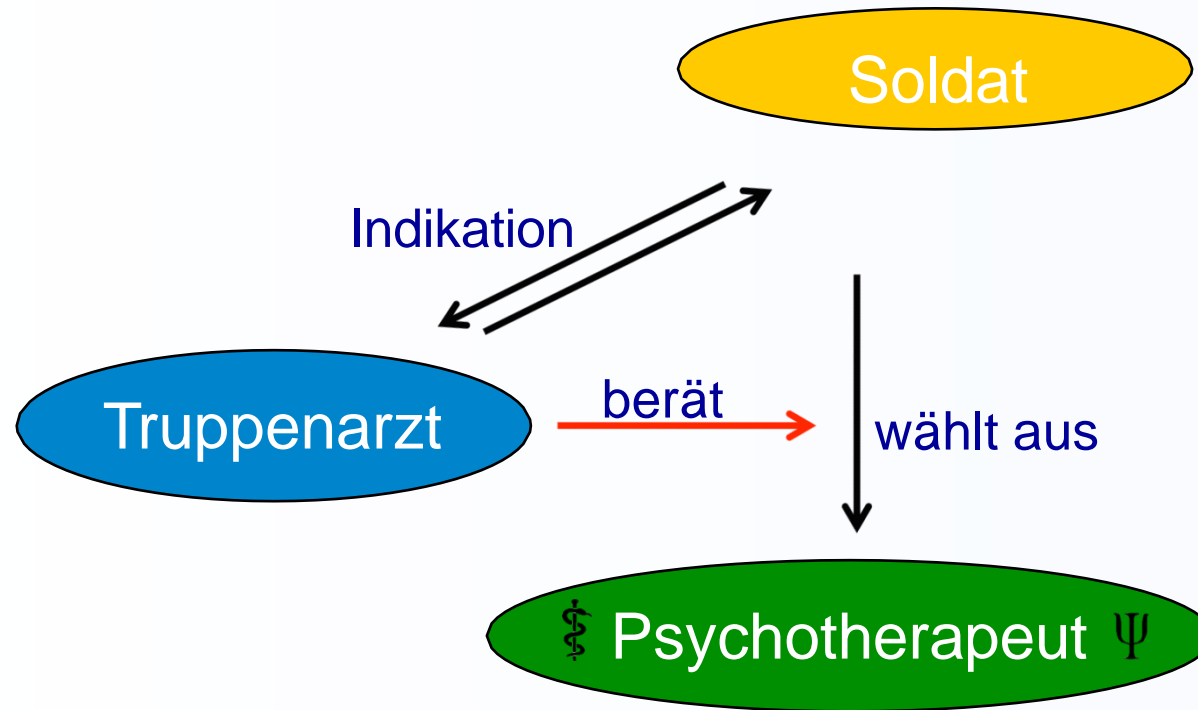
BAPersBw
Referat PA 3

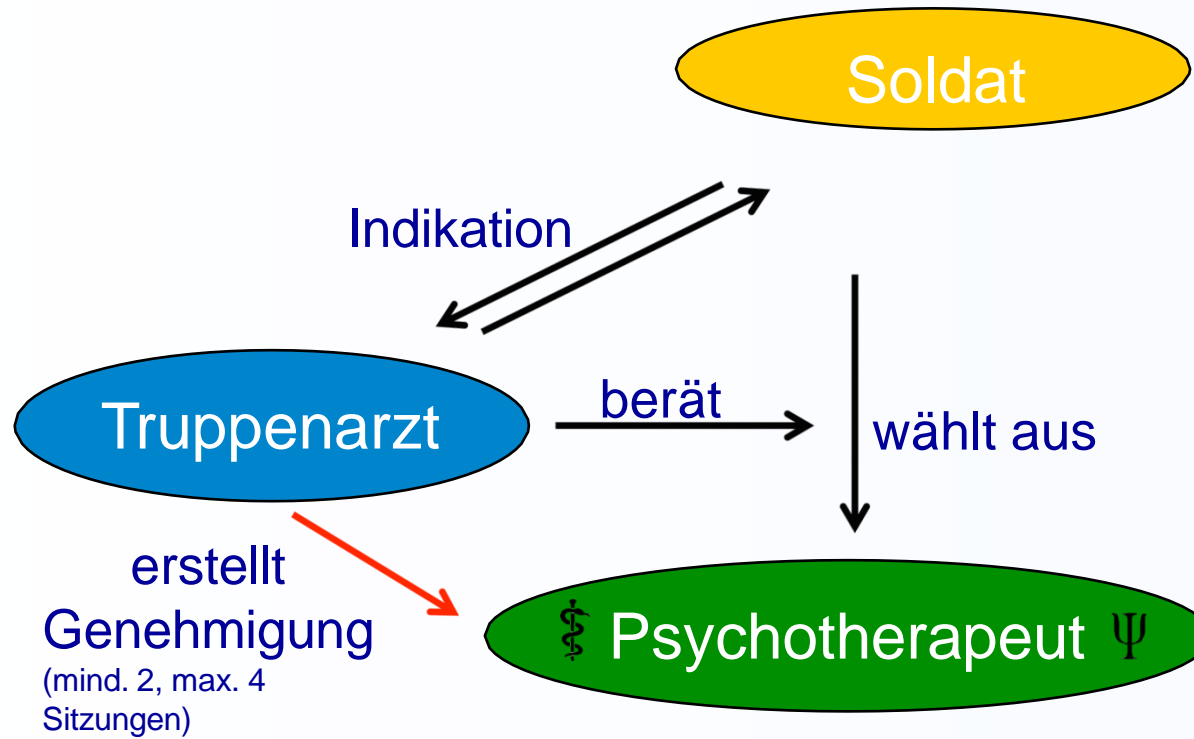
Heilfürsorgeabrechnung

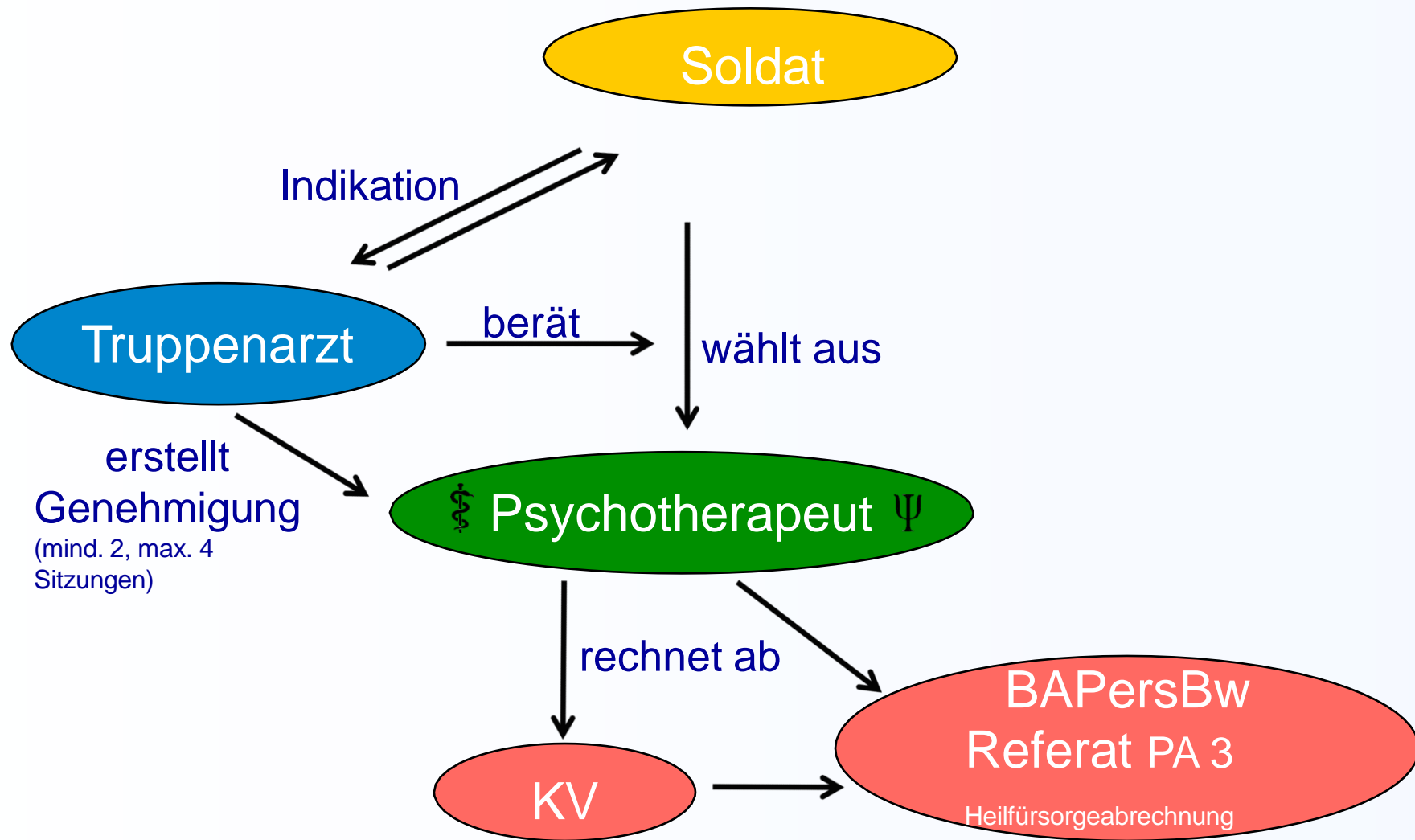
Kdo RegSanUstg
G3.2.1
Heilverfahren

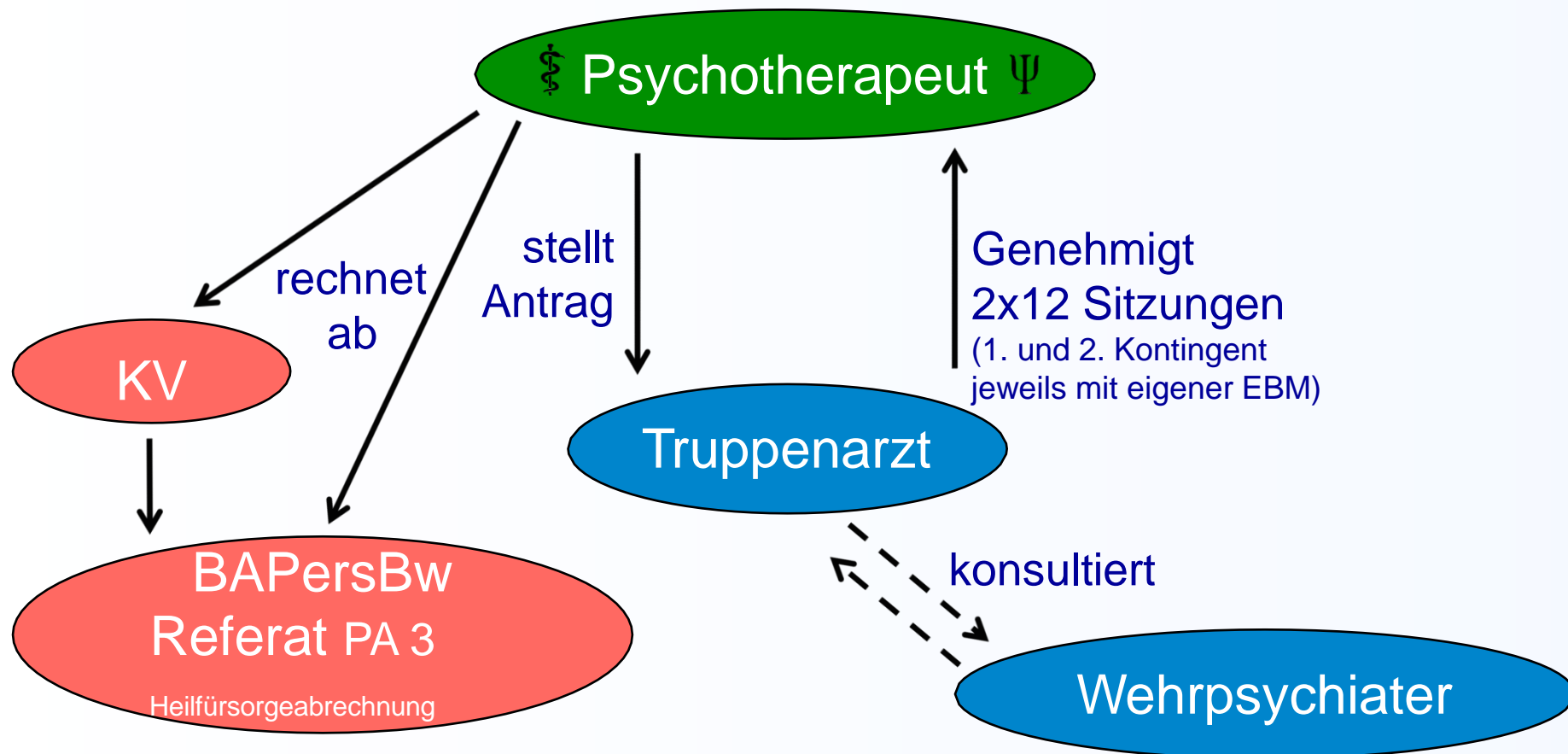


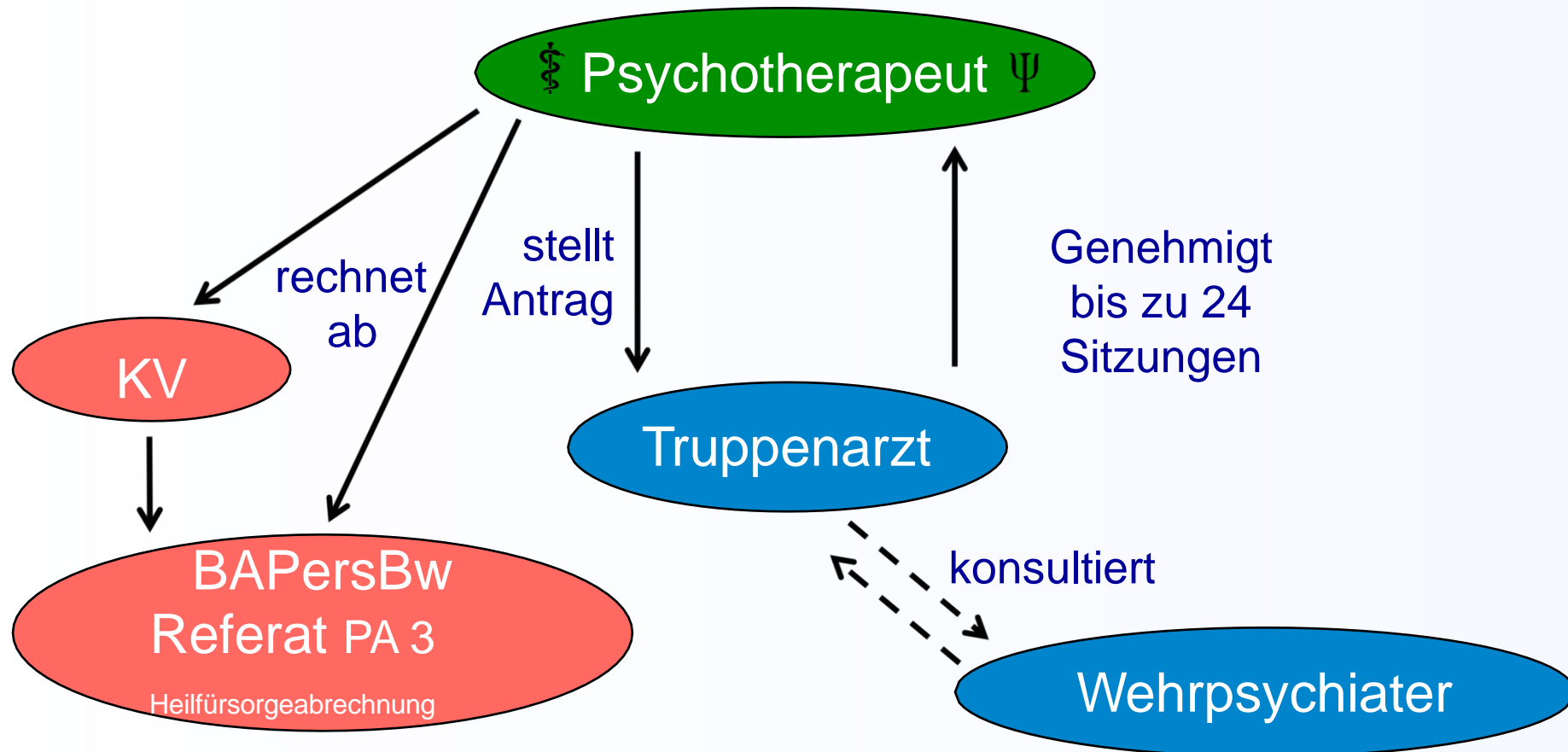












dient der zeitnahen Intervention und stellt keinen Ersatz für eine Dauertherapie (Kurzzeittherapie=KZT/Langzeittherapie=LZT) dar

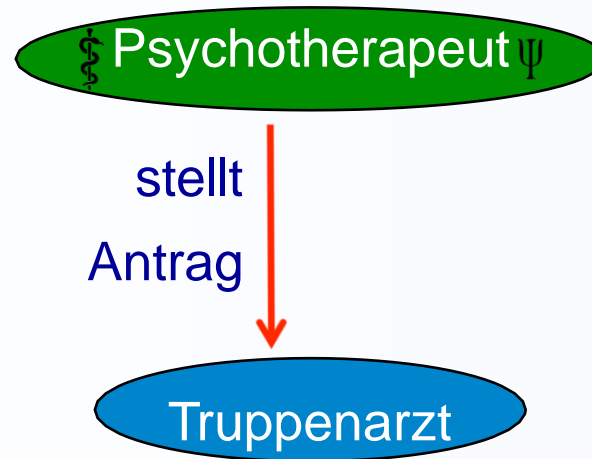


Umwandlung KZT → LZT

⌘ Psychotherapeut ⌘

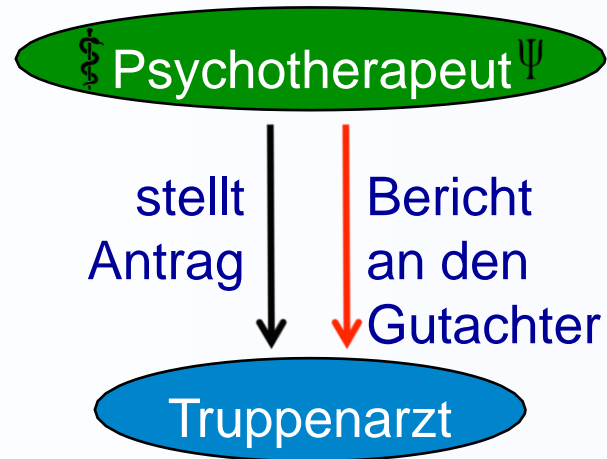


Umwandlung KZT → LZT



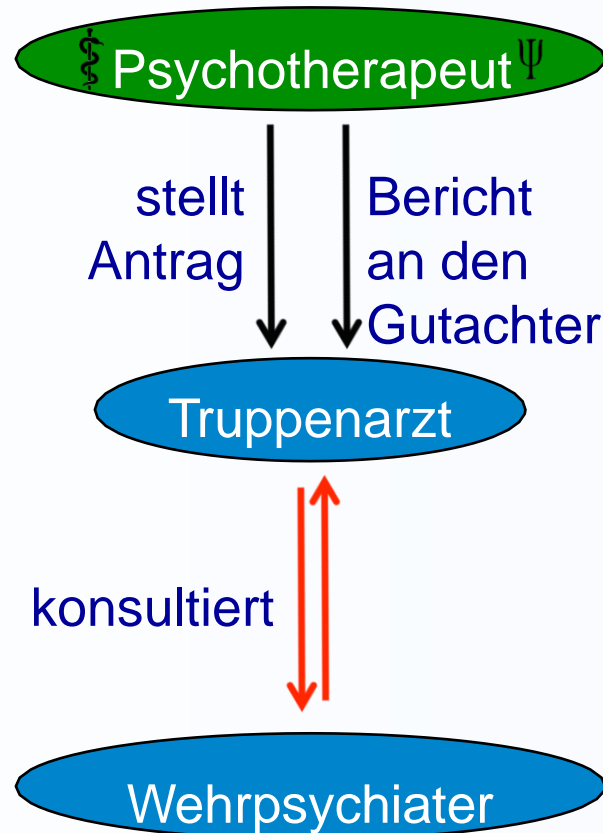


Umwandlung KZT → LZT



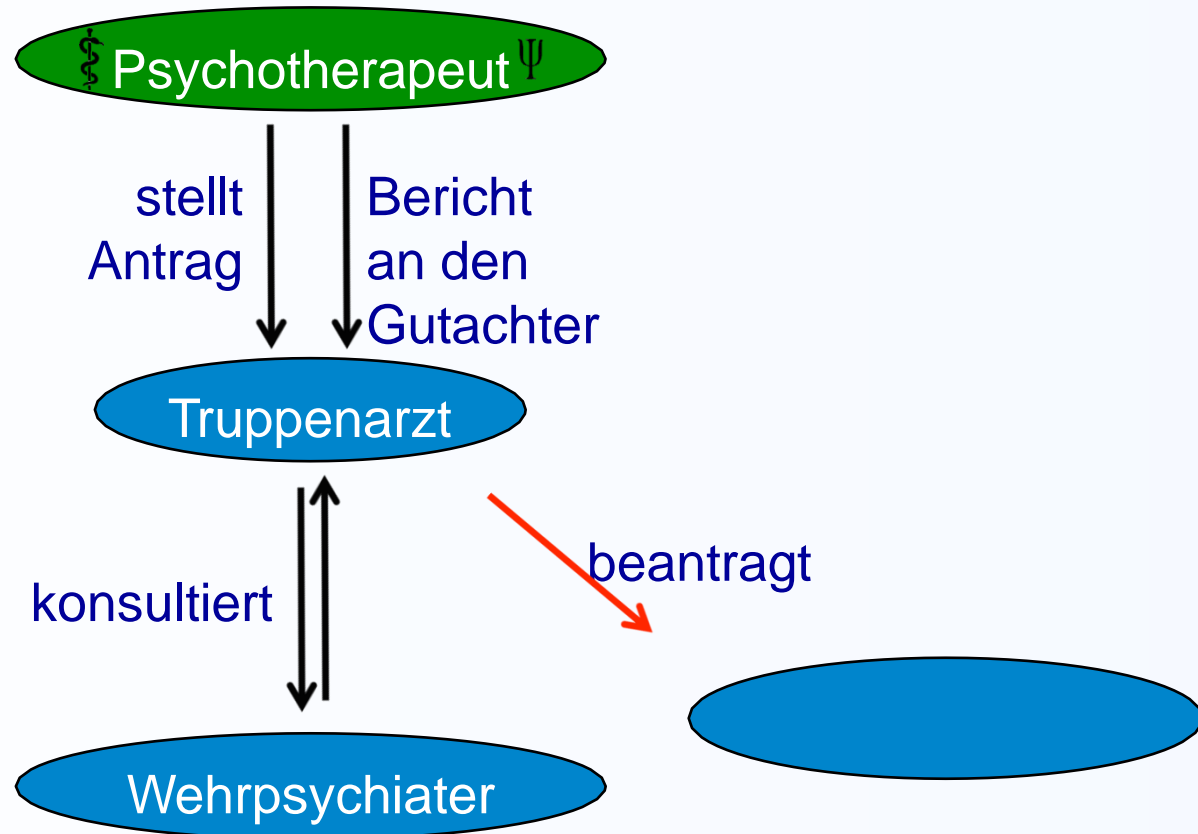


Umwandlung KZT → LZT



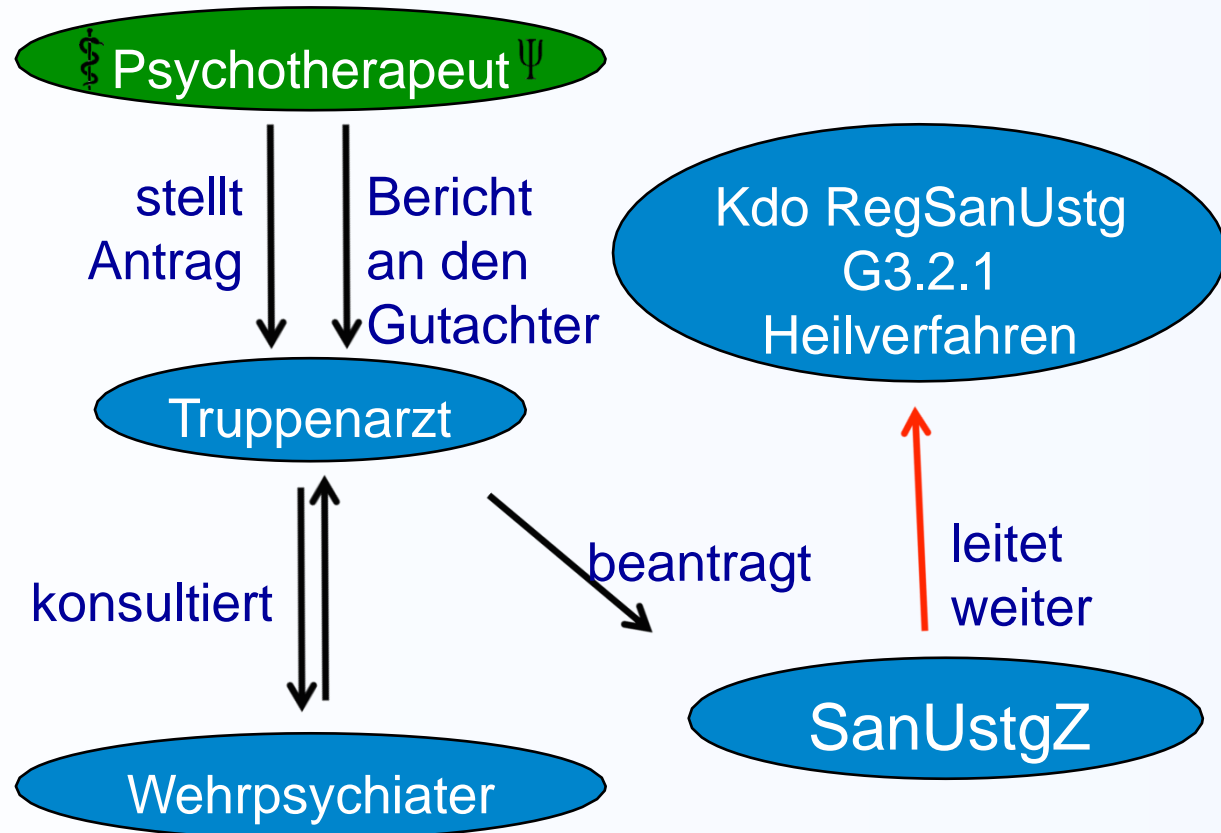


Umwandlung KZT → LZT



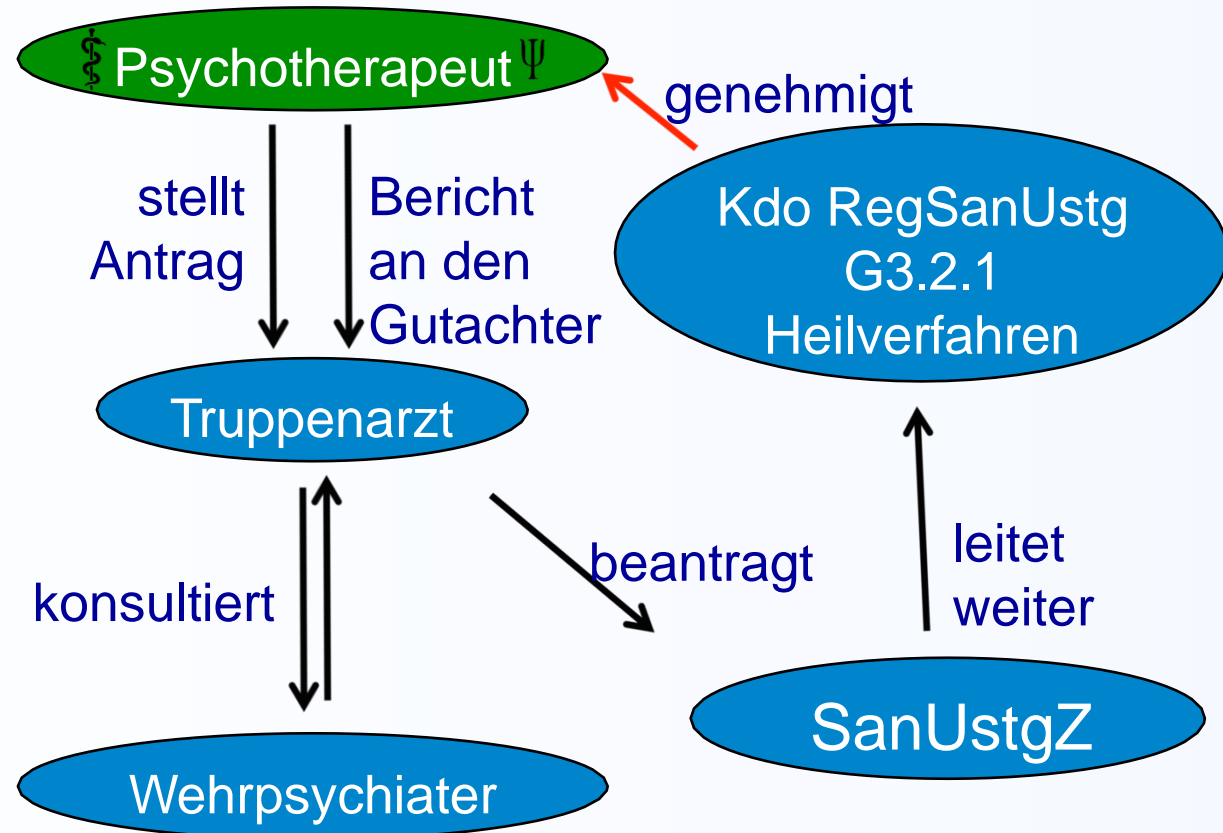


Umwandlung KZT → LZT



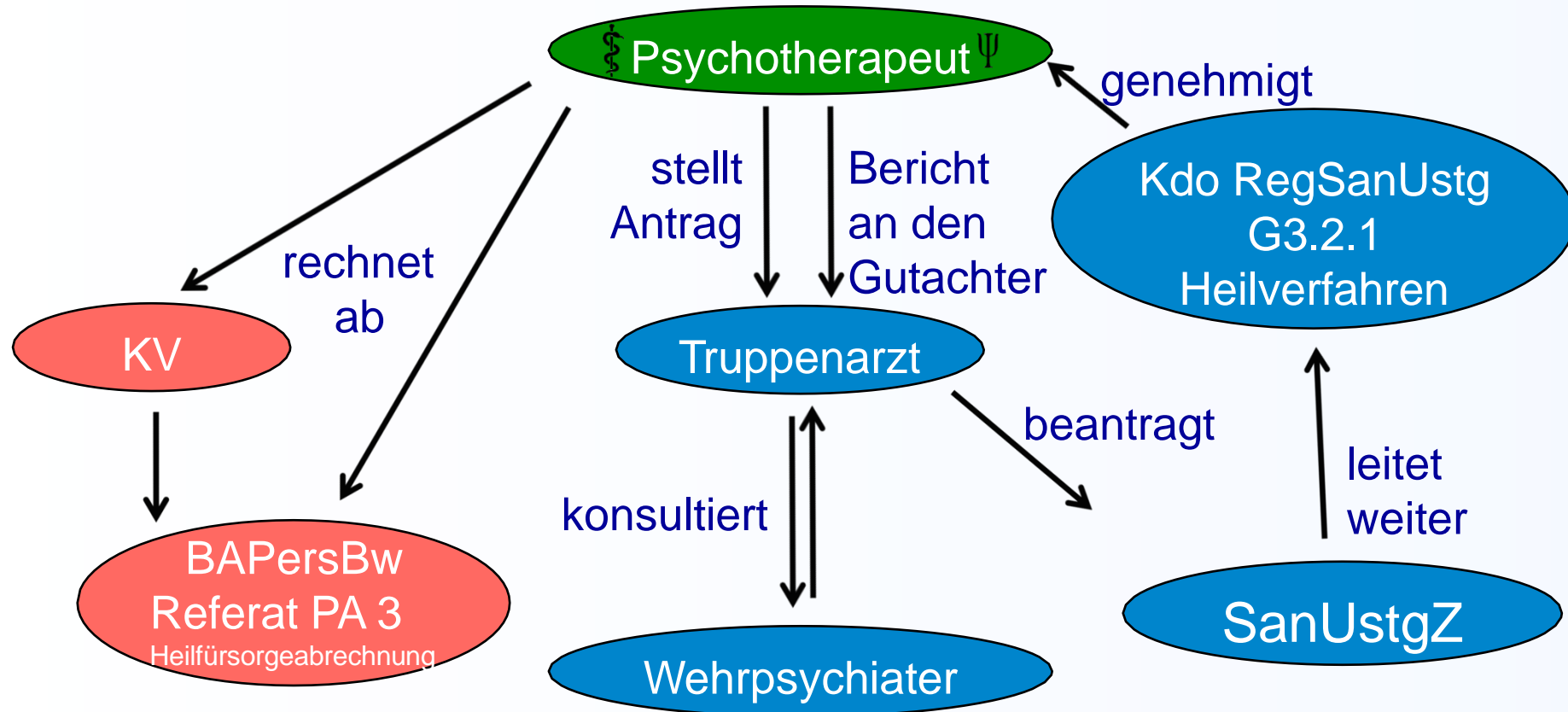


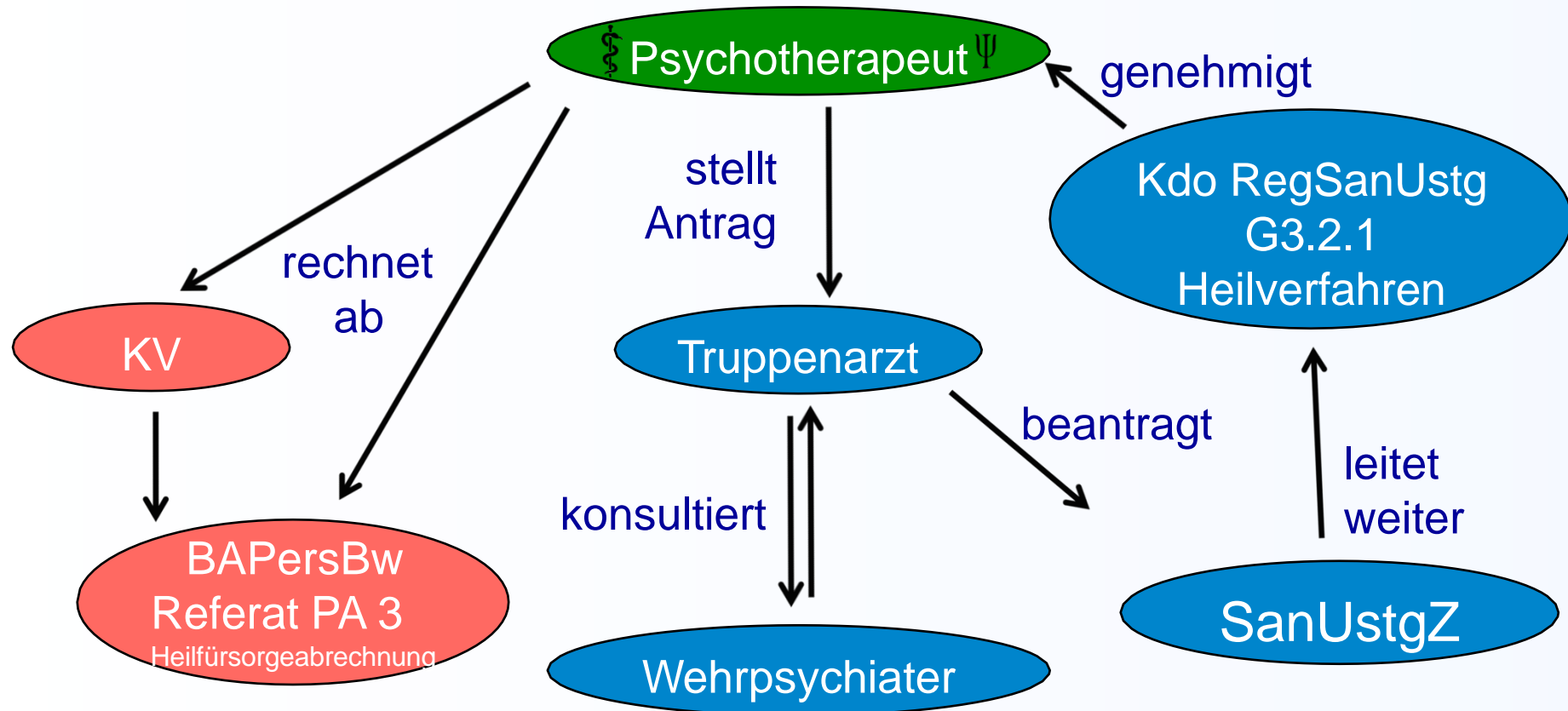
Umwandlung KZT → LZT





Umwandlung KZT → LZT







Therapeut mit Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217
→ Truppenarzt



(EBM)

Überweisungsschein 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 – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – 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)
		Verteiler: <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 –		



(EBM)

—	Quartal	Diagnosen (ggf Abrechnungsbegründungen)				EBM	
	/ 20						
	Tag		Tag		Tag		LfdNr: Bundeswehr (Stempel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes)

San/Bw/0217/V (Bw-2535/V-07.05)



Erstes Quartal

Schutzbereich 3	
 Bundeswehr	Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)
Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – 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. Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) VOM (Datum) bis (Datum)	
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) _____ Ambulante Psychotherapie: 12 x [EBM od. Behandlungsverfahren ausformuliert] einschließlich flankierender Ziffern
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) _____	
– Ohne Unterschrift ungültig –	
Verteiler: <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	

Fortbildungsveranstaltung der Bundeswehr für Mitglieder der OPK



Erstes Quartal

Überweisungsschein 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 – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – 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)	
		Verteiler: <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

X	Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Überweisungsschein vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers] Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)	Schutzbereich 3
 Bundeswehr	Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – 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. 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)	Verteiler: <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

 Bundeswehr		Überweisungsschein für Überweisungsaufträge der Bundeswehr (§ 75 Abs 3 SGB V)	Schutzbereich 3
Eine Weiterüberweisung an andere berechnigte Ärztinnen/Ärzte bedarf – außer in Notfällen – der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines weiteren Überweisungsscheines durch die Bundeswehr. Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt – außer in Notfällen – 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.	
1 Personenkennziffer _____		Abweichende Gültigkeitsdauer (Datum) 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 Herrn/Frau Dr. _____		Fachgebiet _____	
Anschrift (Straße Hausnummer, PLZ Ort) _____			
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) _____			
Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Überweisungsschein vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]			
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) _____	
Verteiler: <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



Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung G3.2.1 Schloss Oranienstein, 65582 Diez		Behandlungsausweis gültig bis 19.02.2015					
Listen-Nr: P1001/0001		<input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie					
Name, Vorname, Dienstgrad MUSTERMANN, Markus, HG		Personenkennziffer 123456-M-12345	voraussichtl. DZE 01.01.2001				
Truppenteil / Dienststelle 1./Musterinheit, Musterstraße 3, 12345 Musterhausen							
Überweisung an Herrn/Frau, Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) Dipl.Psych. M. Mustermann, Musterstraße 2, 12345 Musterhausen							
3. Für den o.g. Soldaten werden hiermit folgende psychotherapeutische Leistungen genehmigt Leistungen nach EBM Nr. 35201 EBM einschließlich flankierender Behandlungsziffern							
4. Zuständiger Truppenarzt (Einheit, Ort, Telefon) SanZ Musterhausen -Heilfürsorge-, Musterstraße 1, 12345 Musterhausen							
Kdo RegSanUstg		Verteiler: 1 - 4. Austerfertigung für den Psychotherapeuten 5. Austerfertigung für den Truppenarzt 6. Austerfertigung für Kdo RegSanUstg					
21.02.2014 Dr. Mustermann, Dienstgrad <small>Datum Unterschrift (DstGrd)</small>		Abweichende Gültigkeitsdauer: ab Ausstellungsdatum					
Bei Gruppenbehandlung ist vor der Position des EBM auch die Zahl der Sitzungsteilnehmer anzugeben !							
Datum	EBM Nr.*	Datum	EBM Nr.*	Datum	EBM Nr.*	Datum	EBM Nr.*
Ich versichere, daß ich die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht habe.							
Datum		Stempel und Unterschrift des Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten					
für KV-Zwecke							

Wird immer durch Kdo RegSanUstg G3.2.1 ausgestellt !



Therapeut mit Kassenzulassung


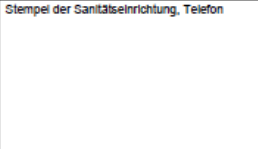
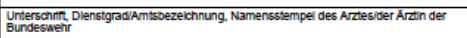
- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0217
→ Truppenarzt
- Antrag LZT: Behandlungsausweis
→ Kdo RegSanUstg G3.2.1

Therapeut ohne Kassenzulassung

- Antrag KZT: Formblatt SanBw 0218
→ Truppenarzt




GOÄ/ GOP

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
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. <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"/>
Hinweis: 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

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
1 Personenkennziffer		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 checked="" type="checkbox"/> Psychotherapie: 25 x [GOÄ/ GOP od. Behandlungsverfahren ausformuliert] zum 2,0			
fachen Steigerungssatz einschließlich flankierender Ziffern			
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"/>			
Hinweis: 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

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des lfd. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
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"/>
Hinweis: 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) VersNr 7530-12-323-5758 Das Formular ist auf dem Nachschubweg anzufordern.</small>		



Folgequartale

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1. Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
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"/> Gültigkeitsverlängerung für ambulante Psychotherapie gemäß Kostenübernahmeerklärung vom [Erstelldatum des ersten Überweisungsträgers]			
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"/>			
Hinweis: 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

 Bundeswehr Kostenübernahmeerklärung		Gültig ab Ausstellungsdatum bis Ende des 1/4 Kalendervierteljahres, sofern nicht nachstehend ein anderer Zeitraum bestimmt wird. Abweichende Gültigkeitsdauer	
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"/> 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"/>			
Hinweis: 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.			



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!



Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung 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
Sanitätszentrum Musterstadt - Heilfürsorge -	Musterstraße 1 12345 Musterstadt
Dipl. Psych. Mustermann	Musterstraße 2 12345 Musterstadt
Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie	
Name, Vorname, Dienstgrad	Personenkennziffer
Einheit und Standort	Dienstzeitende (Datum)
Anzahl der Behandlungen <u>50</u> x <u>870</u> GOP zum 2,0-fachen Satz einschließlich flankierender	
Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis <u>19.02.2015</u>	
Vermerk für den/die Therapeuten/in: 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.	
Vermerk für den Truppenarzt: 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!



Kommando Regionale Sanitätsdienstliche Unterstützung 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
Sanitätszentrum Musterstadt - Heilfürsorge -	Musterstraße 1 12345 Musterstadt
Dipl. Psych. Mustermann	Musterstraße 2 12345 Musterstadt
Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie	
Name, Vorname, Dienstgrad	Personenkennziffer
Einheit und Standort	Dienstzeitende (Datum)
Anzahl der Behandlungen <u>50</u> x <u>870</u> GOP zum 2,0-fachen Satz einschließlich flankierender	
Behandlungsausweis ist gültig von <u>Ausstellungsdatum</u> bis <u>19.02.2015</u>	

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