

Um eine möglichst erfolgreiche Kombinationsbehandlung zu ermöglichen geben Sie bitte im Folgenden Auskunft zu der Patientin / dem Patienten, den Sie für die Gruppe anmelden möchten.

Die Starttermine erfahren Sie jeweils über die Homepage [www.vfkv.de/therapie/gruppentherapie](http://www.vfkv.de/therapie/gruppentherapie).

- Training sozialer Kompetenzen**, gewünschter Starttermin: \_\_\_\_\_
- Altern Aktiv Annehmen**, gewünschter Starttermin: \_\_\_\_\_
- Autismus (hochfunktional, Asperger)**, gewünschter Starttermin: \_\_\_\_\_
- Training emotionale Kompetenzen**, gewünschter Starttermin: \_\_\_\_\_

Als Selbstzahler:

- Psychotonikgruppe:** bitte wenden Sie sich bezüglich der Anmeldung an Fr. Jebauer (jebauer@vfkv.de)

### Kontakt Daten Patient:in:

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Kontakt Daten Einzeltherapeut:in:

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift (zur Zusendung der Gruppenprotokolle):  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Aktuell befinde ich mich mit dem Patienten / der Patientin in der:

- Sprechstunde/Probatorik     KZT<sub>1</sub>     KZT<sub>2</sub>     LZT Erstantrag     LZT Umwandlung
- LZT Fortführung

### Wurden die Gruppenstunden bereits mitbeantragt?

- Ja → Wir bitten um Zusendung der Genehmigung.
- Nein → Wir schicken Ihnen unser PTV 2 zu. Dieses schicken Sie zusammen mit einem Hinweis, dass 10 Stunden (bzw. 15 Stunden bei der Autismus Gruppe) in Gruppentherapie umgewandelt werden sollen, an die Kasse.

### Falls die Beantragung noch ansteht: Welches Kontingent soll nun beantragt werden (als Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeut:innen)?

- KZT<sub>1</sub>     KZT<sub>2</sub>     LZT Erstantrag     LZT Umwandlung     LZT Fortführung

F-Diagnosen, mit denen der Antrag gestellt wird: \_\_\_\_\_

Aktuelle Diagnosen (falls abweichend):

\_\_\_\_\_

Aktueller Themenschwerpunkt der Einzeltherapie (Stichworte ausreichend; z.B. Biographische Arbeit; Expos; Emotionsregulation):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ziele für die Gruppe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen (Gibt es weitere wichtige Informationen für die Gruppentherapeuten/ Gruppentherapeutinnen z.B. zur Stabilität des Patienten/ der Patientin, Besonderheiten im Gruppensetting, usw.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erklärung:** Im Zuge der Gruppenanmeldung versichere ich, dass ich den angemeldeten Patienten/ die angemeldete Patientin noch zu mindestens 3 Einzelgesprächen während der Zeit der Gruppentherapie sehen werde, unabhängig von dem Stand des Kontingents.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Therapeuten/ der  
Therapeutin