

KVB Postfach 10 20 20 86010 Augsburg

Bereitschaftsdienst  
Vermittlung / Beratung  
Notarzdienst

Telefon: 089 57093 - 4473  
Fax: 0821 3256 - 244  
DatenpflegePsychotherapie@kvb.de  
Unser Zeichen:

---

### **Freiwillige Teilnahme an der Koordinationsstelle für die psychotherapeutische Versorgung in Bayern: Ihre freien Therapieplätze**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die psychotherapeutische Versorgung der Patienten ist Ihr und auch unser Anliegen.  
Wir bitten Sie heute um Ihre Hilfe, um Wartezeiten auf freie Therapieplätze zu minimieren.

Ihr Vorteil? Wir unterstützen Sie als neu zugelassenen Teilnehmer an der psychotherapeutischen Versorgung dabei, schnellstmöglich den von Ihnen gewünschten Auslastungsgrad Ihrer Praxis zu erreichen und zu halten.

---

Wir vermerken in der Datenbank unserer Koordinationsstelle für die psychotherapeutische Versorgung detaillierte Angaben über Ihre freien Therapieplätze, Ihre Therapieschwerpunkte und Wartezeiten für einen freien Therapieplatz bei Ihnen.

Diese Daten aus dem Erhebungsbogen verwendet unsere Koordinationsstelle, um Psychotherapeuten, Ärzte und Patienten auf Nachfrage über zur Verfügung stehende zeit- und ortsnahe geeignete Therapieplätze zu informieren.

Selbstverständlich erkundigen wir uns auch in Zukunft regelmäßig bei Ihnen über Änderungen. Wenn Sie uns über diese generelle Abfrage hinaus kontinuierlich über die Entwicklung der Anzahl Ihrer freien Therapieplätze informieren, aktualisieren wir Ihre Daten sofort. Dadurch lassen sich die Angebote an psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten effektiver nutzen. Für die Patienten bedeutet das eine große Zeit- und Kostenersparnis, für Sie eine optimierte Praxisauslastung.

Nutzen Sie unser Angebot. Nennen Sie uns Ihre freien Therapieplätze!

Wir bedanken uns für Ihre Mitwirkung und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Ihre Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter 089 57093 - 4473 oder per E-Mail unter:  
[DatenpflegePsychotherapie@kvb.de](mailto:DatenpflegePsychotherapie@kvb.de)

Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

Freundliche Grüße

Team Zentrale Datenpflege  
Psychotherapie Koordinationsstelle

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
 Zentrale Datenpflege der  
 Koordinationsstelle Psychotherapie  
 Frohsinnstr. 2  
 86150 Augsburg

Fax 08 21 / 32 56 – 2 44  
 Tel. 0 89 / 5 70 93 – 44 73

Praxisstempel

### Aktualisierungsbogen Psychotherapie

#### 1. Allgemeine Angaben

LANR:	BSNR:
Name _____, Vorname _____	

#### 2. Angaben zur Wartezeiten / freien Plätzen (bitte regelmäßig melden)


	Freie Therapieplätze	Wartezeit (Wochen)	Vormittag	Nachmittag	Abend
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/ Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/ Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.

#### 3. Angaben zur kurzfristigen Patientenaufnahme

- Krisenintervention  
 Akutsprechstunde

#### 4. Anmerkung: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Vertragspsychotherapeut 

#### Hinweis

Vermittlung freier Therapieplätze an Patienten: 09 21 / 7 87 76 54 – 04 10

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

## Themenschwerpunkte Psychotherapie

Bitte kreuzen Sie Ihre persönlichen Themenschwerpunkte an.

### Personengruppen

- |   |  |   |                                   |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Säuglinge            | <input type="checkbox"/> Vorschul- und Schulkinder                             | <input type="checkbox"/> Adoleszente Patienten                    | <input type="checkbox"/> Senioren |
| <input type="checkbox"/> Behinderte Patienten | <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich           | <input type="checkbox"/> Sinnesgeschädigte Patienten (alle Sinne) |                                   |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftige     | <input type="checkbox"/> HIV   | <input type="checkbox"/> Betreuung nach Krankenhausaufenthalt     |                                   |
| <input type="checkbox"/> Aggressionsdelikte   | <input type="checkbox"/> Straftäter (ehemalige) / Delinquenz / Therapieaufgabe |   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Flüchtlinge          | <input type="checkbox"/> Migration / interkulturelle Probleme                  |   |                                   |

### Behandlungsschwerpunkte (alphabetisch)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angst / Phobien / Panik        | <input type="checkbox"/> Neurotische Störung                           |
| <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung              | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung                        |
| <input type="checkbox"/> Autistische Störung            | <input type="checkbox"/> Perversion                                    |
| <input type="checkbox"/> Belastungsreaktion             | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung            |
| <input type="checkbox"/> Borderline-Syndrom             | <input type="checkbox"/> Psychoonkologie                               |
| <input type="checkbox"/> Burn-out-Syndrom               | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Störungen                    |
| <input type="checkbox"/> Depression                     | <input type="checkbox"/> Psychotische Störungen                        |
| <input type="checkbox"/> Dissoziales Verhalten          | <input type="checkbox"/> Schizophrenie                                 |
| <input type="checkbox"/> Dissoziative Störung           | <input type="checkbox"/> Schlafstörung                                 |
| <input type="checkbox"/> Dysmorphophobien               | <input type="checkbox"/> Schmerz                                       |
| <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Beziehungsstörung  | <input type="checkbox"/> Selbstwertstörung                             |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Störung             | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch                          |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen                   | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen                               |
| <input type="checkbox"/> allgemein                      | <input type="checkbox"/> Sterbebegleitung / Palliativ                  |
| <input type="checkbox"/> Adipositas                     | <input type="checkbox"/> Sucht   |
| <input type="checkbox"/> Anorexie                       | <input type="checkbox"/> nicht stofflich (z. B. Spiel, Internet)       |
| <input type="checkbox"/> Bulimie                        | <input type="checkbox"/> stofflich (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen) |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität / ADS / ADHS    | <input type="checkbox"/> Suizidalität                                  |
| <input type="checkbox"/> Kleptomanie                    | <input type="checkbox"/> Tinnitus                                      |
| <input type="checkbox"/> Lern- und Leistungsstörung     | <input type="checkbox"/> Trauerbewältigung                             |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeitssyndrom              | <input type="checkbox"/> Trauma  |
| <input type="checkbox"/> Narzisstische Störung          | <input type="checkbox"/> Wochenbettdepression                          |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Zwangsstörung                                 |

### Zusatzangebote (auf spezielle Anfragen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EMDR                                 | <input type="checkbox"/> Paare/Familie            |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungsdiagnose Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Opfer von Gewalt         |
| <input type="checkbox"/> Fertilitätsstörung                   | <input type="checkbox"/> Religion / Sekten        |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen              | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie     |
| <input type="checkbox"/> Gerichtspsychologie                  | <input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Mobbing/berufliche Probleme          | <input type="checkbox"/> Verkehrspsychologie      |

### Fremdsprachen

- englisch  französisch  türkisch  arabisch  \_\_\_\_\_
- Gebärdensprache

## Datenerhebung Psychotherapie

### 1. Telefonische Erreichbarkeit für die Vermittlung der freien Therapieplätze:

### 2. Praxisbesonderheiten:

- Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen  0 - 6 Jahre  7 - 14 Jahre  15 - 21 Jahre
- Hausbesuche
- Durchführung von Psychotherapie in Fremdsprachen (Fremdsprache bitte angeben)

### 3. Weitere Angaben / Bemerkungen:

### Einverständniserklärung

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Mir ist bekannt, dass meine vorstehenden Angaben freiwillig erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diese Angaben in Verbindung mit Daten aus dem Arztverzeichnis zur Beantwortung von Anfragen von Patienten, Ärzten, Psychotherapeuten und Kostenträgern nach freien Behandlungsplätzen für psychotherapeutische Behandlungen nutzt und dabei folgende Daten weitergibt:

- Titel, Vorname, Name, Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
- Telefon-, Fax-Nummer, E-Mail-Adresse
- Geschlecht
- Homepageadresse
- Sprechstundenzeiten
- angebotene Therapieformen und Methoden
- Kapazitäten für Kriseninterventionen, Akutbehandlungen und Psychotherapeutische Sprechstunden
- Behandlungsschwerpunkte hinsichtlich bestimmter Personengruppen und gesundheitlicher Störungen
- Fremdsprachenkenntnisse
- Praxisbesonderheiten (Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nach Altersklassen, Hausbesuche)

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.



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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Hinweis

Vermittlung freier Therapieplätze an Patienten: **09 21 / 7 87 76 54 – 04 10**