



Anlage 5



|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstellen-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

DAK-Gesundheit  
Postzentrum  
22778 Hamburg

### Besondere ambulante Versorgung von Patienten im Fachgebiet Psychotherapie

#### Abmeldung

**Abmeldung zum:** \_\_\_\_\_ (Datum, letzter Behandlungstag im Selektivvertrag)

**Grund der Abmeldung:**

|   |  |
|---|--|
| 1. Behandlung abgeschlossen   |  |
| 2. Patient(in) möchte nicht mehr an der Versorgung teilnehmen   |  |
| 3. Umzug  |  |
| 4. verstorben   |  |
| 5. Sonstiger Grund  |  |
| <p>6. Weiterer Behandlungsbedarf in der Regelversorgung ist aus medizinischen Gründen nach dem Auslaufen des Selektivvertrages nötig.<br/> <b>Ich bestätige hiermit, dass ich bislang im Einzelvertrag folgende Anzahl von Therapiestunden erbracht habe:</b><br/>         _____ <b>Anzahl Stunden</b><br/>         (diese Angabe ist notwendig, damit die DAK-G den Folgeantrag bearbeiten kann)</p> <p>Leistungen nach dieser Vereinbarung können bis zum oben genannten Tag der Abmeldung erbracht und abgerechnet werden, sofern das Abmeldedatum vor dem 31.12.2021 liegt.</p> <p>Diesem Dokument wird ein <b>Folgeantrag</b> für die Regelversorgung (PTV1 und PTV2) beigelegt.</p> |  |

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel