

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Stempel der PNP-Praxis

**Antrag auf Genehmigung durch Krankenkasse (GDK)  
PNP-Vertrag: Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie**

GDK-Antrag ist schriftlich zu richten an:  
**AOKBaden-Württemberg, HVGB 3.05 -persönlich- „GDK-Antrag“, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart**

**Gründe für eine Erweiterung des Kontingents der Individualbehandlung der ärztlichen und/oder therapeutischen Mitarbeiter (KJPYE1/KJPYE1D bzw. KJPYE2/KJPYE2D) um bis zu weiteren 500 Min. für das laufende Quartal\* (Mehrfachnennungen möglich)**

**Indikation (Mehrfachnennungen möglich):**

- Ohne Wiederaufnahme der hochfrequenten ambulanten Behandlung droht eine Verschlechterung der Symptomatik
- hochfrequente Intervention ist indiziert, wirtschaftlich sinnvoll und prognostisch ausreichend erfolgversprechend

**Begründende Diagnose(n) gemäß ICD/MAS:**

---



---



---

Ggf. Z-Diagnosen (Mehrfachnennung möglich):

- (Z55) Kontakthanlässe mit Bezug auf die Ausbildung
- (Z60) Kontakthanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung
- (Z61) Kontakthanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse
- (Z62) Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf die Erziehung
- (Z63) Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis
- (Z81) Psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Familienanamnese
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ggf. andere Risikofaktoren (Freitext):

---



---

Ggf. Sonstiges (Freitext):

---



---



---

**Datum, Unterschrift**

**\*Den GDK-Antrag stelle ich in Abstimmung mit dem Patienten, der über die genannten Gründe informiert ist.**