MUSTER: INDIVIDUELLES ANSCHREIBEN PATIENT/IN

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Anschrift Patient/in

Anschrift der Krankenkasse *Datum*

Antrag auf Kostenerstattung nach SGB V, § 13, Abs. 3 für eine ambulante Psychotherapie für _____ *eigener Name* _____, **Versicherungsnummer:** _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben bitte ich um Übernahme der Kosten, die mir durch die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie im Richtlinienverfahren …….. bei Frau/Herr Dipl.-Psych. ……. (Psychotherapeut/in ohne Kassenzulassung) entstehen.

Aufgrund meiner psychischen Probleme

_____

_____

Ich habe von *meiner Hausärztin / meinem Hausarzt / meiner Fachärztin / meinem Facharzt* eine Empfehlung / Überweisung zur ambulanten Psychotherapie erhalten.

… In meiner momentanen Situation ist jeder Tag ein enormer Kampf für mich … Um meinen Alltag wieder bewältigen zu können, benötige ich daher psychotherapeutische Unterstützung … (Kurze Schilderung der eigenen Symptome / Probleme, z.B. Angstzustände, innere Unruhe, Herzrasen, Magenbeschwerden, Depressionen, Schlafstörungen, Essstörungen, Antriebsmangel…)…

Wie Sie meinem beigefügten Protokoll/Tabelle entnehmen können, haben meine mehrfachen Anfragen bei verschiedenen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ergeben, dass diese Termine frühestens in _____Mon. Bis zu _____Jahr vergeben oder aber überhaupt keine Patienten mehr aufnehmen. Nach Gespräch mit Dipl.-Psych. …….besteht für mich jedoch die Möglichkeit, eine ambulante Therapie sofort bei ihr/ihm beginnen zu können.

Ich bitte daher um wohlwollende Prüfung meines Antrages und die Kostenübernahme für die geplante Psychotherapie. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern unter der Rufnummer _____ zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

_____

Anlage: ProtokollTabelle über die Suche nach einem Therapieplatz

Anschrift der **Krankenkasse**

ANTRAG DES VERSICHERTEN AUF KOSTENERSTATTUNG PSYCHOTHERAPIE

- nach § 13(3) SGB V -

☐ Erstantrag

☐ Fortführungsantrag

Vom **Versicherten** auszufüllen!

- Die Daten werden gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V (SGB V) erhoben -

Name, Vorname _____ Name des Kindes _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____ ☐ Mitglied ☐ Familienversicherte/r ☐ Rentner/in

Ich beantrage Kostenerstattung für eine Psychotherapeutische Behandlung durch

Herrn/Frau _____

Anschrift _____

Konsiliarbericht	☐ ist beigefügt	☐ wird nachgereicht	☐ liegt vor
Dringlichkeitsbescheinigung	☐ ist beigefügt	☐ wird nachgereicht	☐ liegt vor

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vom **Psychologischen Psychotherapeuten/in, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in** auszufüllen!

1. Diagnose (ICD-10): _____
   (Es handelt sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V).

2. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahme:
   Probatorische Sitzungen ____ Honorar _____ € analog Nr. 35150 EBM / Pos. 861/863/871GOP
   Psychotherapie im Richtlinienverfahren _____
   ☐ als Einzelbehandlung ☐ als Gruppenbehandlung ☐ als kombinierte Einzel- u. Gruppentherapie
   ☐ mit Einbeziehung der Bezugspersonen

3. Anzahl der geplanten Therapiestunden: _____ Sitzungen mit den Bezugspersonen: _____

4. Honorar je Behandlungseinheit: _____ € analog Nr……EBM / Pos. GOP……

5. Weitere in einer Psychotherapie üblichen, nicht bewilligungspflichtigen Leistungen (z.B. Grundpauschale, Bericht an Gutachter, Anamnese, Diagnostik) werden nach EBM / GOP in Rechnung gestellt.

Ich bin approbiert als Psychologische Psychotherapeut/in / Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/in und im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung_____ eingetragen. ENR: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

MUSTER: PROTOKOLL ABLEHNUNGEN

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

Protokoll/Tabelle über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch)	Name des Psychotherapeuten	Anschrift und Telefonnummer des Psychotherapeuten	Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)

Angaben zum Versicherten

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Krankenversicherungs-Nr.

.....

.....
Ort, Datum

Anschrift der Krankenkasse

Abtretungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mir wurde die Durchführung von probatorischen Sitzungen bzw. einer Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren zugesagt. Die Psychotherapie wird durchgeführt von:

Name und Anschrift des Psychotherapeuten ggf. Stempel:

Hiermit trete ich meinen Anspruch auf Erstattung der vereinbarten Honorarsätze an den vorgenannten Psychotherapeuten rechtsverbindlich ab. Ich bitte Sie, das Honorar unmittelbar an die Psychotherapeutin/ den Psychotherapeuten zu überweisen.

Zuzahlungen zu den psychotherapeutischen Leistungen werden / wurden nicht geleistet bzw. gefordert.

Mit freundlichem Gruß

Unterschrift d. Versicherten