

Anschrift der Krankenkasse	

ANTRAG DES VERSICHERTEN AUF KOSTENERSTATTUNG PSYCHOTHERAPIE

- nach § 13(3) SGB V -

- Erstantrag
- Fortführungsantrag

Vom Versicherten auszufüllen!	<small>- Die Daten werden gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V (SGB V) erhoben -</small>
Name, Vorname _____	
Anschrift _____	
Versichertennummer _____ <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherte/r <input type="checkbox"/> Rentner/in	
Ich beantrage Kostenerstattung für eine Psychotherapeutische Behandlung durch	
Herrn/Frau Dipl.-Psych. _____	
Anschrift _____	
Konsiliarbericht/Dringlichkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
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 _____ <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung <input type="checkbox"/> als Gruppenbehandlung <input type="checkbox"/> als kombinierte Einzel- u. Gruppentherapie <input type="checkbox"/> mit Einbeziehung der Bezugspersonen	
3. Anzahl der geplanten Therapiestunden: _____ Anzahl der geplanten Sitzungen mit den Bezugspersonen: _____	
4. Honorar je Behandlungseinheit: _____ € analog Nr. EBM / Pos. GOP	
Ich besitze die Approbation als Psychologische Psychotherapeut/in / Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/in und bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung _____ (ENR _____) eingetragen.	
Ort, Datum _____	Unterschrift _____

Name des Patienten/der Patientin
geb. am
Datum

**KONSILIARBERICHT –
PSYCHOTHERAPIE IN DER
KOSTENERSTATTUNG
(§ 13 Abs. 3 SGB V)**

Auszustellen vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den/die Psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin oder den/die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutin im Rahmen der sog. Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Auf Veranlassung von:

Name des/der behandelnden Psychotherapeuten/Psychotherapeutin

Chiffre

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum des
Patienten/der Patientin

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist
erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Exemplar für den/die behandelnde/n Psychotherapeuten/Psychotherapeutin

dgutb
Berufsverband Psychosoziale Berufe

Exemplar für den Gutachter/die Gutachterin

Aus Datenschutzgründen freibleibend

**KONSILIARBERICHT –
PSYCHOTHERAPIE IN DER
KOSTENERSTATTUNG
(§ 13 Abs. 3 SGB V)**

Auszustellen vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den/die Psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin oder den/die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutin im Rahmen der sog. Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V)

Auf Veranlassung von:

Name des/der behandelnden Psychotherapeuten/Psychotherapeutin

Chiffre

Anfangsbuchstabe
des Familiennamens

Geburtsdatum des
Patienten/der Patientin

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestiche Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist
erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich

Art der Maßnahme: -----

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Exemplar für den Gutachter/die Gutachterin


Berufsverband Psychosoziale Berufe

Fachärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung

für einen Antrag auf Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren nach SGB V § 13 Absatz

Auf Veranlassung von: Frau Jasmin Böhmer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Raiffeisenpassage 15
23858 Reinfeld

PatientIn

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Der/die oben genannte Patient/in benötigt dringend eine Psychotherapie aufgrund der (Verdachts-) Diagnose(n): _____

Aktuelle Beschwerden/ Symptome/ Befunde/ Untersuchungen:

Aus ärztlicher Sicht besteht bei dem Patienten/der Patientin aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose/n die dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zur Vermeidung einer Verschlimmerung oder/und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik.

Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist dem Patienten/der Patientin nicht zuzumuten. Mir wurde seitens meinem/meiner Patienten/Patientin mitgeteilt, dass eine Psychotherapeutensuche bis jetzt nur zu Absagen oder keiner Rückmeldung von Vertragspsychotherapeuten führte oder eine mehrmonatige Wartezeit in Aussicht gestellt wurde. Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit und medizinische Notwendigkeit der Psychotherapie (in einem Richtlinienverfahren) unterstreichen.

Ort, Ausstellungsdatum

Praxisstempel, Unterschrift

Abtretungserklärung

Hiermit trete ich

Vorname, Name:

wohnhaft:

als Sorgeberechtigte/r des/der Patient/in

Vorname, Name:

Geb.-Dat.:

wohnhaft:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

meine Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung der ambulanten Psychotherapie vollumfänglich an meine nachfolgend genannte Psychotherapeutin ab:

Frau Jasmin Böhmer
M.A. Soziale Arbeit
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Raiffeisenpassage 14
23858 Reinfeld

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Psychotherapeutin diese Kosten direkt bei meiner Krankenversicherung unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Bereitstellung der Unterlagen, die von der Kasse zur Prüfung der Kostenerstattung angefordert werden, geltend macht. Insoweit entbinde ich sie ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Diese Einverständniserklärung gilt auf meinen Wunsch hin für die gesamte Dauer der Behandlung.

Einwilligung nach Datenschutzgesetz

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der Abrechnung erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass ich die erteilte Schweigepflichtentbindung sowie die Einwilligung in die Verwendung personenbezogener Daten nicht abgeben muss bzw. jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten