

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
Dringlichkeitsbescheinigung

☐ ist beigelegt
☐ ist beigelegt

☐ wird nachgereicht
☐ wird nachgereicht

☐ liegt vor
☐ 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. Grundpau-
schale, 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 _____