

Antrag auf Kostenübernahme für Psychotherapie

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Familienname | Vorname | Versicherungsnummer | | | |
| Patient/in | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Tag | Monat | Jahr | |
| Anschrift | | | | | |
| Versicherte/r (nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Tag | Monat | Jahr | |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) | | | | | |

Erstantrag (bis max. 40 + 10 bewilligungsfreie Stunden)

- Ärztl. Bestätigung für Psychotherapie liegt vor:

Verlängerungsantrag

- Beantragte Einheiten (bis max. 90 Gesamtstunden)
Klassifikation nach ICD-10 am: von: Diagnose:
- Beantragte Einheiten (bis max. 130 Gesamtstunden)
Klinisch-Psych. Diagnostik am: von: Diagnose:
- über 130 Stunden

Stütztherapie

- Befristete Stütztherapie (Einzelsitzung à 50 Minuten – max. 3 Jahre)
- Unbefristete Stütztherapie (Einzelsitzung à 25 Minuten)

Verein:

Behandelnde/r Psychotherapeut/in:

Ich erkläre, dass ich vom Therapeuten/von der Therapeutin über die vorgesehene Behandlung und die Form der Verrechnung aufgeklärt wurde und dass jeder Versicherungswechsel von mir umgehend dem Therapeuten/der Therapeutin bekannt zu geben ist.

Datum und Unterschrift des Patienten/ der Patientin
bzw. des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin

Sehr geehrter Psychotherapeut! Sehr geehrte Psychotherapeutin!

Der Krankenversicherungsträger Ihres Patienten/Ihrer Patientin ersucht Sie hinsichtlich des geplanten/bisherigen Therapieverlaufes um folgende Angaben:

1. Welche Störungen werden behandelt? (Codierung nach ICD 10)
ICD . ICD . ICD .

2. Vorgesehene Methode: _____

3. Vorgesehene Sitzungsform:
 Einzel 50 Min. Gruppe 90 Min.

4. Welche Sitzungsfrequenz ist geplant? _____

5. Für wie viele Sitzungen wird eine Kostenübernahme beantragt? _____

6. Hat bisher bereits eine psychotherapeutische Behandlung stattgefunden (Anzahl d. Sitzungen, Methode)?

Bei Verlängerungsantrag bitte zusätzlich ausfüllen:

7. Wie viele Sitzungen haben bisher im Rahmen der gegenständlichen von Ihnen durchgeführten Psychotherapie stattgefunden?

8. Zusammenfassende Einschätzung des Krankheitsverlaufes (keine Therapieinhalte!):

9. Begründung für die Fortsetzung, erwarteter Erfolg, Prognose: _____

Bei Antrag auf Stütztherapie bitte zusätzlich ausfüllen:

- Befristete Stütztherapie (Einzelsitzung à 50 Minuten – max. 3 Jahre)

Begründung für die Fortsetzung, erwarteter Erfolg, Prognose: _____

- Unbefristete Stütztherapie (Einzelsitzung à 25 Minuten)

Begründung für Fortsetzung: _____

Bewilligungsvermerk

Sitzungen sind bewilligt

Ich erkläre, dass die von mir beantragte Therapie im vorliegenden Fall zweckmäßig ist.

Datum und Unterschrift des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin