

Anschrift des Versicherten

Anschrift der Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, dass Sie die Kosten, die mir durch die ambulante Psychotherapie bei Frau Dipl.-Psych. Susanna Müller-Luschmann entstehen, übernehmen und mir dies zusichern.

Frau Dipl.-Psych. Susanna Müller-Luschmann ist approbierte psychologische Psychotherapeutin in einem Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie), verfügt aber nicht über eine Zulassung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Wie Sie meinem beigelegten Protokoll entnehmen können, habe ich mich mehrfach vergeblich bemüht, einen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung zu finden, der mich rechtzeitig behandeln kann. Meine Psychotherapeutensuche ergab, dass ich mehr als Monate auf einen freien Therapieplatz warten müsste.

Dagegen besteht bei Frau Dipl.-Psych. Susanna Müller-Luschmann die Möglichkeit, kurzfristig mit einer Behandlung zu beginnen. Eine entsprechende Bescheinigung lege ich bei. Ich lege Ihnen des Weiteren eine Bescheinigung eines Hausarztes/ Facharztes/ Psychotherapeuten bei, der/die mir dringend eine ambulante Psychotherapie empfiehlt.

Falls Sie meinem Antrag nicht zustimmen, nennen Sie mir bitte-so schnell wie möglich, jedoch innerhalb einer Woche-einen zugelassenen Psychotherapeuten in der Nähe meines Wohnortes, bei dem ich kurzfristig einen Termin erhalte.

Mit freundlichen Grüßen,

(Unterschrift des Versicherten)

Protokoll der vergeblichen Psychotherapeutensuche

Anschrift des Versicherten

Anschrift der Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Psychotherapie und Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich bei mehreren niedergelassenen Psychotherapeuten erfolglos versucht habe, einen Therapieplatz zu erhalten.

Die von mir angefragten Therapeuten konnten mir entweder gar keinen Therapieplatz anbieten oder haben eine Wartezeit von mindestens 3 bis 6 Monaten auf ein Erstgespräch.

Liste der von mir kontaktierten Psychotherapeuten:

	Name und Kontaktdaten	Datum/Uhrzeit der Nachfrage	Wartezeit bzw. geschlossene Warteliste
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift des Versicherten)

Praxisstempel

Anschrift der Krankenkasse

Patient

Name: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung

Bei dem/der oben genannten Patientin/en liegt eine psychische Symptomatik (ICD10:) vor, die eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht. Es wird eine ambulante Verhaltenstherapie empfohlen. Eine längere Wartezeit kann aufgrund der akuten Erkrankung nicht in Kauf genommen werden. Aus fachlicher Sicht halte ich es für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung des Patienten/der Patientin sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

Ausstellungsdatum Stempel/Unterschrift