

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 _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____ Mitglied Familienversicherte/r Rentner/in

Ich beantrage Kostenerstattung für eine Psychotherapeutische Behandlung durch

Herrn/Frau Dipl.-Psych. _____

Anschrift _____

Konsiliarbericht/Dringlichkeitsbescheinigung ist beigelegt 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 _____

- als Einzelbehandlung als Gruppenbehandlung als kombinierte Einzel- u. Gruppentherapie
 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

