

Anschrift des/ der Versicherten

--

Anschrift der Krankenkasse

--

Ort,

Datum

--	--

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

Versichertennummer:

--

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, dass die Kosten, die mir durch die ambulante Psychotherapie bei Frau Dipl.-Psych. S. Chandna-Herf entstehen, übernommen werden und mir dies zugesichert wird.

Frau Chandna-Herf ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin in einem Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), verfügt aber nicht über einen Kassensitz.

Wie Sie meinem beigelegten Protokoll (Anlage 1) 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 Chandna-Herf die Möglichkeit, kurzfristig mit einer Behandlung zu beginnen. Eine entsprechende Bescheinigung (Anlage 2) ist beigelegt. Ich lege Ihnen des Weiteren eine Bescheinigung eines Hausarztes/Facharztes/Psychotherapeuten bei (Anlage 3), 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 nach Erhalt dieses Schreibens einen zugelassenen Psychotherapeuten in der Nähe meines Wohnortes, bei dem ich kurzfristig einen Termin erhalte.

Mit freundlichen Grüßen

.....

(Unterschrift des Versicherten)

Anlage 1: Protokoll der vergeblichen Psychotherapeutensuche

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

Die von mir angefragten Therapeuten konnten mir entweder keinen Therapieplatz anbieten oder haben eine Wartezeit von mindestens 2 bis 6 Monaten auf ein Erstgespräch.

Liste der von mir kontaktierten Psychotherapeuten:

	Name und Kontaktdaten	Datum der Nachfrage	Wartezeit bzw. kein freier Platz
1			
2			
3			
4			
5			
6			

.....

(Unterschrift des Versicherten)

Anlage 2: Antrag auf Kostenerstattung und Stellungnahme der Psychotherapeutin

Ich beantrage Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung durch Frau Dipl.-Psych. S. Chandna-Herf, approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit Eintrag in das Arztregister und Fachkundenachweis tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Anschrift:

Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Psych. Sonia Chandna-Herf
Ober-Eschbacher Str. 73
61352 Bad Homburg
06172-8069390

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

☐

ist beigelegt

☐

liegt Ihnen
bereits vor

☐

geht Ihnen in
Kürze zu

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten

Stellungnahme der Psychotherapeutin:

1. Diagnose (ICD-10):

2. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen:

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzeltherapie

3. Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten: _____

4. Honorar je probatorische Sitzung: €63,79 analog 35150 EBM 2015.

5. Honorar je therapeutischer Behandlungseinheit: €84,13 analog 35200 EBM 2015.

6. Beginn der Behandlung: Unmittelbar nach Kostenerstattungszusage.

7. Ich besitze die Approbation als Psychologische Psychotherapeutin und bin im Arztregister der KV-Hessen (LANR 476288500) eingetragen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Anlage 3: Dringlichkeitsbescheinigung des Arztes

Praxisstempel

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 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 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.

.....
Datum/Stempel/Unterschrift