**Anschreiben an Krankenkasse**

Anschrift des/ der 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 .......................... entstehen, übernehmen und mir dies zusichern.

............................. ist approbierte/r psychologische/r Psychotherapeut/in 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 ............................... 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/ der 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 der Nachfrage | Wartezeit bzw. geschlossene Warteliste: |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

Mit freundlichen Grüßen,

(Unterschrift des Versicherten)

**Antragsformular**

**Antrag auf Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung**

**gem. § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V**

Ich beantrage Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung durch .........., approbierte/r Psychologische/r Psychotherapeut/in mit Eintrag in das Arztregister und Fachkundenachweis Verhaltenstherapie.

Anschrift: .........................................................................................................................

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

ist beigefügt liegt Ihnen geht Ihnen in bereits vor Kürze zu

............................................... .......................................................

Ort, Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vom Psychotherapeuten auszufüllen:

1. Diagnose (ICD-10):

2. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

als Einzelbehandlung als Gruppenbehandlung

3. Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten: \_\_\_\_\_\_\_\_

4. Honorar je Behandlungseinheit: \_\_\_\_ € analog EBM 2016 bzw. GOP

............................................... .......................................................

Ort, Datum Unterschrift / Stempel

**Dringlichkeitsbescheinigung**

Praxisstempel

Anschrift der Krankenkasse Ort, Datum

**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

.

**Vertrag Abtretungserklärung**

|  |
| --- |
| Abtretungsvereinbarung |
|  |
| zwischen  **Herrn / Frau**  (vollständiger Name, Anschrift Versicherte/r)  **versichert bei:**  (Name und Anschrift der Versicherung sowie Versicherungsnummer)  und    (approbierte/r Psychologische/r Psychotherapeuti/n) |

besteht ein Behandlungsvertrag über Leistungen im Bereich der Psychotherapie. Soweit in diesem Zusammenhang mit dem vorliegenden Behandlungsvertrag der Patient Kostenerstattungsansprüche gemäß § 13 Abs. 3 SGB V gegenüber seiner Krankenkasse innehat, vereinbaren die Parteien folgende Regelung:

1. Der/die Patient/in tritt an die Therapeutin die Kostenerstattungsansprüche gegenüber seiner/ihrer Krankenkasse ab.
2. Der/die Patient/in gestattet der Therapeutin die Offenlegung der Abtretung gegenüber der Krankenkasse einschließlich aller für die Geltendmachung der Kosten­erstattungsansprüche notwendigen Daten. Der/die Patient/in entbindet die Therapeutin insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Das von der/dem Patient/in an die Therapeutin geschuldete Behandlungshonorar stundet die Therapeutin bis zur Zahlung oder endgültigen Leistungsablehnung der Krankenkasse, längstens jedoch für 12 Monate ab dem Datum der Honorarabrechnung.
4. Die Parteien sind sich darüber einig, dass die Therapeutin nicht verpflichtet ist, bei Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse das Widerspruchsverfahren oder das Klageverfahren durchzuführen. Die Parteien sind sich weiter darüber einig, dass der Vergütungsanspruch der Therapeutin in Höhe der Leistung durch die Krankenkasse erlischt.

Weener, den

(Patient/in) (Therapeutin)