

Erstellt in Zusammenarbeit des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für die österreichischen Krankenversicherungsträger

An die _____

Familienname(n)	Vorname(n)	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)					

Ich beantrage die grundsätzliche
Gewährung von Kostenzuschüssen
für die Weiterführung der Therapie
lt. umseitiger Angaben

Datum und Unterschrift des/der Patienten/in

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!
Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Die Krankenkasse leistet Kostenzuschüsse für Psychotherapie, wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es obliegt den Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Die Überprüfung hat jedenfalls erstmals vor der 11. Psychotherapiesitzung aufgrund der Angaben dieses Fragebogens stattzufinden.

Kostenzuschüsse für eine psychotherapeutische Krankenbehandlung werden ab der 11. Sitzung im Behandlungsverlauf nur dann gewährt, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme derselben aufgrund dieses Antrages die grundsätzliche Weitergewährung des Kostenzuschusses (Bewilligung) zugesagt hat. Weitere Voraussetzung ist die Vorlage entsprechender detaillierter Honorarnoten (entsprechende Auskünfte erteilt Ihre Krankenkasse bzw. der behandelnde Psychotherapeut/die behandelnde Psychotherapeutin). Aufgrund der Angaben des Fragebogens wird es Ihrer Krankenkasse ermöglicht, die grundsätzliche Gewährung des Kostenzuschusses für (maximal) 50 weitere Sitzungen zuzusagen.

Nach diesen (maximal) 50 weiteren Sitzungen ist allenfalls ein neuerlicher Antrag zu stellen bzw. dieses Formular neuerlich auszufüllen. Auch hier gilt der Grundsatz, dass Kostenzuschüsse nur für jene weiteren Sitzungen gewährt werden, die vor der konkreten Inanspruchnahme bewilligt worden sind.

Da in der Krankenversicherung das Antragsprinzip herrscht, obliegt es dem Patienten/ der Patientin (Versicherten), jene Informationen zu erteilen bzw. jene Nachweise beizubringen, auf die sich der Leistungsanspruch stützt. Diese Auskünfte bzw. Informationen sollen im Auftrag des Patienten/der Patientin vom behandelnden Psychotherapeuten/von der behandelnden Psychotherapeutin mit diesem Formular erteilt werden. Das Formular soll vom behandelnden Psychotherapeuten/von der behandelnden Psychotherapeutin ausgefüllt sowie vom Therapeuten/von der Therapeutin und vom Patienten/von der Patientin unterschrieben werden. Die Beantwortung dieser Fragen ist für uns wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung des Leistungsanspruches und schafft die Möglichkeit einer österreichweit einheitlichen und unkomplizierten Vorgangsweise.

Wir ersuchen Sie, das Formular so rechtzeitig auszufüllen bzw. abzusenden, dass es spätestens 10 Tage vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Psychotherapiesitzung im Behandlungsverlauf bzw. spätestens 10 Tage vor der ersten Sitzung nach Erschöpfung der von der Krankenkasse hinsichtlich der Gewährung des Kostenzuschusses zuletzt zugesagten Sitzungsanzahl bei dieser einlangt. Wir werden Sie so rasch wie möglich darüber informieren, für welche Anzahl von Sitzungen ein Kostenzuschuss geleistet werden kann.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihren Psychotherapeuten/Ihre Psychotherapeutin, direkt den Ärztlichen Dienst Ihrer Krankenkasse zu kontaktieren.

Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich des Krankenversicherungsträgers streng vertraulich behandelt werden.

Mit Dank für Ihre Mithilfe.

Ihre Krankenkasse

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

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

Vertraulich! Von der Psychotherapeutin/ vom Psychotherapeuten auszufüllen!	Behandelnde/r Psychotherapeut/in:
---	-----------------------------------

1. Welche Störungen werden behandelt?

(Codierung nach ICD 10)

ICD

2. Angaben zur Intensität der Störung zur Begründung der Behandlungsbedürftigkeit:
Kurze Stellungnahme:

3. Zusammenfassende Einschätzung des Krankheitsverlaufes seit Therapiebeginn (keine Therapieinhalte!):¹⁾

4. Vorgesehene Methode. Allenfalls besondere Anmerkung zum Einsatz der Methoden.²⁾
Vorgesehene Methode: Anmerkungen:

5. Vorgesehene Sitzungsform:³⁾

Einzel 50 Min. Gruppe 90 Min.

6a. (Lt. Angabe der Patientin/des Patienten) Wie viele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode haben bisher im Rahmen einer anderen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden?

6b. Wie viele Sitzungen haben bisher im Rahmen der gegenständlichen von Ihnen durchgeführten psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden _____
bzw. seit wann haben Sitzungen stattgefunden und in welcher Frequenz? _____

6c. Wie viele weitere Sitzungen sind im Rahmen der gegenständlichen psychotherapeutischen Krankenbehandlung voraussichtlich notwendig? _____

7. Für wie viele weitere Sitzungen wird ein Kostenzuschuss beantragt? _____

8. Welche Sitzungsfrequenz ist geplant? _____

9. Anmerkungen: _____

Bewilligungsvermerk des
Krankenversicherungsträgers

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der
Krankenbehandlung zweckmäßig ist.

Datum und Unterschrift des/der Psychotherapeuten/in

1) Nicht für Erstanträge nach 10 Sitzungen auszufüllen, nur für Folgeanträge vorgesehen.

2) Nur dann auszufüllen, wenn die Anmerkungen für den Krankenversicherungsträger eine Entscheidungshilfe bieten können.

3) Zutreffendes bitte ankreuzen!