

Anschrift der **Krankenkasse**

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

- 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

Ich beantrage Kostenerstattung für Psychotherapeutische Behandlung durch

Herrn/Frau Dipl.-Psych. _____

Anschrift _____

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ist beigelegt liegt Ihnen bereits vor geht Ihnen in Kürze zu

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vom **Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** auszufüllen!

1. Diagnose (ICD-10): _____

2. Es handelt sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V.

3. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahme:

als Einzelbehandlung als Gruppenbehandlung

4. Dauer der Behandlungseinheit: _____ Minuten

5. Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten: _____

6. Honorar je Behandlungseinheit: _____ € analog EBM 2009/GOP/.....*

*Nichtzutreffendes streichen

Ort, Datum _____ Unterschrift und Stempel _____