

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 Belrose Heilpraktikerin für Psychotherapie in Bornheim entstehen, übernommen werden und mir dies zugesichert wird.

Frau Belrose ist Heilpraktikerin für Psychotherapie spezialisiert in leichte Depressionen, Trauertherapie, Angst-und-Anpassungsstörungen. Frau Belrose verfügt aber nicht über einen Kassenzulassung.

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 ___ Monate auf einen freien Therapieplatz warten müsste.

Dagegen besteht bei Frau Belrose 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

.....

(Unterschrift des Versicherten)

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

Anlage 2: Antrag auf Kostenerstattung und Stellungnahme der Heilpraktikerin Psychotherapie

Ich beantrage Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung durch Frau Awa Belrose Heilpraktikerin für Psychotherapie

Anschrift:

Privat Praxis für Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz
Awa Belrose
Waasemstrasse 1
53332 Bornheim
Tel : 022279335086

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

▼ ist beigelegt liegt Ihnen geht Ihnen in bereits vor Kürze zu

.....
Ort, Datum Unterschrift des Versicherten

Stellungnahme der Heilpraktikerin für Psychotherapie :

1. Diagnose (ICD-10): _____

2. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen:

3. Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten: _____

4. Honorar je probatorische Sitzung: _____. _____.

5. Honorar je therapeutischer Behandlungseinheit: _____. _____.

6. Beginn der Behandlung: Unmittelbar nach Kostenerstattungszusage. _____

7. Ich besitze eine Heilerlaubnis zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie, der vom Stadt Köln mir 2018 erteilt wurde.

.....
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 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