

*Absender
Name
Anschrift*

*Krankenkasse
(Sachbearbeiter)
Anschrift*

Ort, Datum

**Antrag auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Kostenerstattungsverfahren
(§ 13 Absatz 3 SGB V)**

***Name und Geburtsdatum des Kindes
Versichertennummer:***

Sehr geehrte Damen und Herren (*bzw. Name des Sachbearbeiters*),
hiermit beantrage ich probatorische Sitzungen im Kostenerstattungsverfahren für meinen Sohn/ meine Tochter (*Name*) bei Sabrina Breuer-Nüsser (aKJP), Bissener Str. 22, 52146 Würselen. Frau Breuer-Nüsser ist approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in einem Richtlinienverfahren (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie).

Der beiliegenden Liste können Sie entnehmen, dass ich bereits mehrere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kontaktiert habe, bei denen aber zurzeit kein Psychotherapiebeginn möglich ist. Frau Breuer-Nüsser kann die Behandlung sofort beginnen.

Eine Dringlichkeitsbescheinigung des Kinderarztes/ Hausarztes/ Kinderpsychiaters liegt diesem Schreiben bei, der eine dringende ambulante Psychotherapie empfiehlt.

Ich bitte um positiven Bescheid und verbleibe mit freundlichen Grüßen.

Unterschrift

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 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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)

Antrag auf Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung gem. § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V

Ich beantrage Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung durch Frau Sabrina Breuer-Nüsser, approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit Eintrag in das Arztregister und Fachkundenachweis in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie.

Anschrift: Psychotherapeutische Praxis Sabrina Breuer-Nüsser, Bissener Str. 22, 52146 Würselen.

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

ist beigefügt

liegt Ihnen
bereits vor

geht Ihnen in
Kürze zu

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Vom Psychotherapeuten auszufüllen:

1. Diagnose(n) nach ICD-10: _____

2. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen:

analytische Psychotherapie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

3. Für den jetzigen Bewilligungsabschnitt werden _____ Stunden beantragt.

4. Honorar je Behandlungseinheit: _____ € analog EBM 2012 bzw. GOP

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel

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 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.

.....
Ausstellungsdatum Stempel / Unterschrift