**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 Dipl.-Psych. Marc Wojahn entstehen, übernehmen und mir dies schriftlich zusichern.

Herr Wojahn ist approbierter psychologischer Psychotherapeut im Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie), verfügt jedoch nicht über eine Kassenzulassung.

Wie Sie dem beigefügten Protokoll entnehmen können, habe ich mich mehrfach vergeblich bemüht, einen kassenzugelassenen Psychotherapeuten zu finden, der mich zeitnah behandeln kann. Meine Recherche ergab, dass ich mehr als **...** Monate auf einen freien Therapieplatz warten müsste.

Bei Herrn Wojahn besteht hingegen die Möglichkeit, kurzfristig mit einer Behandlung zu beginnen. Eine entsprechende Bescheinigung lege ich bei. Ebenfalls beigefügt ist eine ärztliche Empfehlung (Hausarzt/Facharzt/Psychotherapeut), in der mir dringend eine ambulante Psychotherapie angeraten wird.

Sollten Sie meinem Antrag nicht zustimmen, bitte ich Sie, mir innerhalb einer Woche einen kassenzugelassenen Psychotherapeuten in Wohnortnähe zu benennen, bei dem ich kurzfristig einen Termin erhalten kann.

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 bestätige ich, dass ich mich vergeblich um einen Therapieplatz bei mehreren niedergelassenen Psychotherapeuten bemüht habe.  
Die angefragten Praxen konnten mir entweder gar keinen Therapieplatz anbieten oder verwiesen auf Wartezeiten von mindestens drei bis sechs Monaten allein für 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 die Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung durch Dipl.-Psych. Marc Wojahn, approbierten psychologischen Psychotherapeuten mit Eintrag im Arztregister und Fachkundenachweis im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie.

Anschrift: Feldstraße 239, 24106 Kiel

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**

Anschrift der Krankenkasse Ort, Datum

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung**

Bei dem/der oben genannten Patientin/Patienten besteht eine psychische Symptomatik gemäß ICD-10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, die eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung erforderlich macht.

Es wird eine ambulante Verhaltenstherapie empfohlen. **Aufgrund der akuten Ausprägung der Beschwerden ist eine längere Wartezeit nicht vertretbar.**

Aus fachlicher Sicht ist es dringend notwendig, die Therapie schnellstmöglich aufzunehmen, um eine weitere gesundheitliche Verschlechterung sowie die Chronifizierung der Symptomatik zu vermeiden.

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

Ausstellungsdatum /Unterschrift

.

**Vertrag Abtretungserklärung**

|  |
| --- |
| Abtretungsvereinbarung |
|  |
| zwischen  **Herrn / Frau**  (vollständiger Name, Anschrift Versicherte/r)  **versichert bei:**  (Name und Anschrift der Versicherung sowie Versicherungsnummer)  und  **Marc Wojahn, Feldstraße 239, 24106 Kiel**  (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.

Kiel,

(Patient/in) (Therapeut)