

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  
....., übernehmen und mir dies zusichern.

..... ist approbierte/r psychologische/r Psychotherapeut/in in einem  
Richtlinienverfahren, verfügt aber nicht über eine Zulassung zur gesetzlichen  
Krankenversicherung.

Wie Sie meinem beigelegten Protokoll 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 als .... Monate auf einen  
freien Therapieplatz warten müsste.

Dagegen besteht bei ..... die Möglichkeit, kurzfristig mit einer Behandlung zu  
beginnen.

Des Weiteren lege ich Ihnen eine ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung bei.

Falls Sie meinem Antrag nicht zustimmen, nennen Sie mir bitte-so schnell wie möglich, jedoch  
innerhalb einer Woche, einen zugelassenen Psychotherapeuten in der Nähe meines Wohnortes,  
bei dem ich kurzfristig einen Termin erhalte.

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 erkläre ich, dass ich bei mehreren niedergelassenen Psychotherapeuten 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 mit Kassenzulassung:**

	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  
....., approbierte/r Psychologischer Psychotherapeut/in mit  
Eintrag in das Arztregister und Fachkundenachweis.

Anschrift: .....

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

ist beigefügt

liegt Ihnen  
bereits vor

geht Ihnen in  
Kürze zu

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

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 (ICD-10: \_\_\_\_\_) vor, die eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich macht. Es wird eine ambulante Verhaltenstherapie 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