

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 das Protokoll der psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV-11) und 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/der Versicherten