



*Anschrift Patient/in*

*Anschrift der Krankenkasse*

*Datum*

**Bundesgeschäftsstelle**

Am Karlsbad 15  
10785 Berlin  
Telefon 030 2350090  
Fax 030 23500944  
bgst@dptv.de  
www.dptv.de

**Antrag auf Kostenerstattung nach SGB V, § 13, Abs. 3 für eine ambulante Psychotherapie für \_\_\_\_\_ eigener Name \_\_\_\_\_, Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben bitte ich um Übernahme der Kosten, die mir durch die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie im Richtlinienverfahren ..... bei Frau/Herr Dipl.-Psych. .... (Psychotherapeut/in ohne Kassenzulassung) entstehen.

Aufgrund meiner psychischen Probleme

Ich habe von *meiner Hausärztin / meinem Hausarzt / meiner Fachärztin / meinem Facharzt* eine Empfehlung / Überweisung zur ambulanten Psychotherapie erhalten.

*... In meiner momentanen Situation ist jeder Tag ein enormer Kampf für mich ... Um meinen Alltag wieder bewältigen zu können, benötige ich daher psychotherapeutische Unterstützung ... (Kurze Schilderung der eigenen Symptome / Probleme, z.B. Angstzustände, innere Unruhe, Herzrasen, Magenbeschwerden, Depressionen, Schlafstörungen, Essstörungen, Antriebsmangel...)*...

Wie Sie meinem beigefügten Protokoll/Tabelle entnehmen können, haben meine mehrfachen Anfragen bei verschiedenen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ergeben, dass diese Termine frühestens in \_\_\_\_\_ Mon. Bis zu \_\_\_\_\_ Jahr vergeben oder aber überhaupt keine Patienten mehr aufnehmen. Nach Gespräch mit Dipl.-Psych. .... besteht für mich jedoch die Möglichkeit, eine ambulante Therapie sofort bei ihr/ihm beginnen zu können.

Ich bitte daher um wohlwollende Prüfung meines Antrages und die Kostenübernahme für die geplante Psychotherapie. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern unter der Rufnummer \_\_\_\_\_ zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Anlage: Protokoll/Tabelle über die Suche nach einem Therapieplatz