



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: ProtokollTabelle über die Suche nach einem Therapieplatz