



# Antrag auf Kostenzuschuss

wegen Inanspruchnahme

einer freiberuflich niedergelassenen Psychotherapeutin  
eines freiberuflich niedergelassenen Psychotherapeuten

*Erstellt in Zusammenarbeit des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie und  
des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger  
für die österreichischen Krankenversicherungsträger*

An die \_\_\_\_\_

| Familienname(n)  | Vorname(n) | Versicherungsnummer |
|--|------------|---------------------|
| Patient(in)  |            | Tag Monat Jahr      |
| Anschrift  |            |                     |
| Versicherte(r) (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist) |            |                     |
|  |            | Tag Monat Jahr      |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)                           |            |                     |

Ich beantrage die grundsätzliche Gewährung von Kostenzuschüssen für die Weiterführung der Therapie laut umseitigen Angaben

\_\_\_\_\_  
*Datum und Unterschrift des/der Patienten(in)*

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!  
Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Die Krankenkasse leistet Kostenzuschüsse für Psychotherapie, wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es obliegt den Krankenversicherungsträgern, sich davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Die Überprüfung hat jedenfalls erstmals vor der 11. Psychotherapiesitzung aufgrund der Angaben dieses Fragebogens stattzufinden.

**Kostenzuschüsse für eine psychotherapeutische Krankenbehandlung werden ab der 11. Sitzung im Behandlungsverlauf nur dann gewährt, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme derselben aufgrund dieses Antrages die grundsätzliche Weitergewährung des Kostenzuschusses (Bewilligung) zugesagt hat. Weitere Voraussetzung ist die Vorlage entsprechender detaillierter Honorarnoten (entsprechende Auskünfte erteilt Ihre Krankenkasse bzw. der behandelnde Psychotherapeut). Aufgrund der Angaben des Fragebogens wird es Ihrer Krankenkasse ermöglicht, die grundsätzliche Gewährung des Kostenzuschusses für (maximal) 50 weitere Sitzungen zu genehmigen.**

Nach diesen (maximal) 50 weiteren Sitzungen ist allenfalls ein neuerlicher Antrag zu stellen bzw. dieses Formular neuerlich auszufüllen. Auch hier gilt der Grundsatz, dass Kostenzuschüsse nur für jene weiteren Sitzungen gewährt werden, die vor der konkreten Inanspruchnahme bewilligt worden sind.

Da in der Krankenversicherung das Antragsprinzip besteht, obliegt es dem Patienten (Versicherten), jene Informationen zu erteilen bzw. jene Nachweise beizubringen, auf die sich der Leistungsanspruch stützt. Diese Auskünfte bzw. Informationen sollen im Auftrag des Patienten vom behandelnden Psychotherapeuten mit diesem Formular erteilt werden. Das Formular soll vom behandelnden Psychotherapeuten ausgefüllt sowie vom Therapeuten und vom Patienten unterschrieben werden. Die Beantwortung dieser Fragen ist für uns wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung des Leistungsanspruches und schafft die Möglichkeit einer österreichweit einheitlichen und unkomplizierten Vorgangsweise.

Wir ersuchen Sie, das Formular so rechtzeitig auszufüllen bzw. abzusenden, dass es spätestens 10 Tage vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Psychotherapiesitzung im Behandlungsverlauf bzw. spätestens 10 Tage vor der ersten Sitzung nach Erschöpfung der von der Krankenkasse hinsichtlich der Gewährung des Kostenzuschusses zuletzt zugesagten Sitzungsanzahl bei dieser einlangt. Wir werden Sie so rasch wie möglich darüber informieren, für welche Anzahl von Sitzungen ein Kostenzuschuss geleistet werden kann.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihren Psychotherapeuten, direkt mit dem chefarztlichen Dienst Ihrer Krankenkasse Verbindung aufzunehmen.

**Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich des Krankenversicherungsträgers streng vertraulich behandelt werden.**

Mit Dank für Ihre Mithilfe

Ihre Krankenkasse

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Der Krankenversicherungsträger Ihres Patienten ersucht Sie hinsichtlich des geplanten/bisherigen Therapieverlaufes um folgende Angaben:

**Vertraulich!**  
**Von der Psychotherapeutin/  
vom Psychotherapeuten  
auszufüllen!**

Behandelnde/r Psychotherapeut/in:

**1. Welche Störungen werden behandelt?** (ICD 9 290-319 vierstellig oder verbal eindeutige Zuordnung)

ICD     \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Angaben zur Intensität der Störung zur Begründung der Behandlungsbedürftigkeit:**

Kurze Stellungnahme: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Zusammenfassende Einschätzung des Krankheitsverlaufes seit Therapiebeginn (keine Therapie-Inhalte!): <sup>1)</sup>**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Vorgesehene Methode. Allenfalls besondere Anmerkung zum Einsatz der Methoden: <sup>2)</sup>**

Vorgesehene Methode: \_\_\_\_\_ Anmerkungen: \_\_\_\_\_

**5. Vorgesehene Sitzungsform<sup>3)</sup>**

Einzel 50 Min.                      Gruppe 90 Min.                      \_\_\_\_\_

**6.a (lt. Angabe des Patienten) Wie viele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode haben bisher im Rahmen einer anderen psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden?**

\_\_\_\_\_

**6.b Wie viele Sitzungen haben bisher im Rahmen der gegenständlichen von Ihnen durchgeführten psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden \_\_\_\_\_ bzw. seit wann haben Sitzungen stattgefunden und in welcher Frequenz? \_\_\_\_\_**

**6.c Wie viele weitere Sitzungen sind im Rahmen der gegenständlichen psychotherapeutischen Krankenbehandlung voraussichtlich notwendig? \_\_\_\_\_**

**7. Für wie viele weitere Sitzungen wird ein Kostenzuschuss beantragt? \_\_\_\_\_**

**8. Welche Sitzungsfrequenz ist geplant? \_\_\_\_\_**

**9. Anmerkungen:**

**Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers**

**Ich erkläre, dass die Fortsetzung der Krankenbehandlung zweckmäßig ist.**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des/der Psychotherapeuten/in

<sup>1)</sup> Nicht für Erstanträge nach 10 Sitzungen auszufüllen, nur für Folgeanträge vorgesehen.

<sup>2)</sup> Nur dann auszufüllen, wenn die Anmerkungen für den Krankenversicherungsträger eine Entscheidungshilfe bieten können.

<sup>3)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen!