

Anschrift:

Krankenkasse:

Mitgl.-Nr.: _____

Antrag auf Kostenerstattung für die verhaltenstherapeutische Behandlung von:

_____, geb.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Basis des §13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie dem Vergleich vor dem Bundessozialgericht (BSG) vom 21.05.1997 (Az. 5 RKa 15/97) beantrage ich die Kostenerstattung für außervertragliche probatorische Sitzungen in der Privatpraxis bei **Herrn Dr. Helmar Dießner (Arztregisterstelle: 7685WL 20, Mitglied der Psychotherapeutenkammer Bayern), Verdstraße 116, 81247 München.**

Ich benötige dringend eine psychotherapeutische Behandlung. Diese ist unaufschiebbar. Bei den Psychotherapeuten mit Kassenzulassung bekomme ich keinen Behandlungsplatz innerhalb der nächsten drei Monate.
Die Ergebnisse meiner Anfragen, s. Anfragenliste.

Daher beabsichtige ich, die Therapie bei Herrn Dr. Dießner durchzuführen, wo eine Behandlung bereits _____ möglich ist.
Längere Wartezeiten sind für mich nicht zumutbar.

Die Dringlichkeit meiner Psychotherapie ist von Dr. _____ bestätigt.
Um eine schnelle Bearbeitung wird gebeten.

Mit freundlichen Grüßen

Abtretungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass der Therapeut Dr. Dießner direkt mit Ihnen abrechnet.

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____

Anlage:

- Notwendigkeitsbescheinigung von Dr. _____
- Anfrageliste der kassenzugelassenen Psychotherapeuten

**Dokumentation der Bemühungen um einen Therapieplatz bei
Vertragspsychotherapeuten/ innen**

Zum Antrag auf Kostenerstattung für psychotherapeutische Leistungen von:

(Name der/des Versicherten)

(Geburtsdatum)

Ich habe mich bei folgenden Vertragspsychotherapeuten erfolglos um eine zeitnahe Aufnahme in eine psychotherapeutische Behandlung bemüht:

_____, angefragt am: _____ Wartezeit: _____ Monate
Therapeut/Praxis 1

_____, angefragt am: _____ Wartezeit: _____ Monate
Therapeut/Praxis 2

_____, angefragt am: _____ Wartezeit: _____ Monate
Therapeut/Praxis 3

_____, angefragt am: _____ Wartezeit: _____ Monate
Therapeut/Praxis 4

_____, angefragt am: _____ Wartezeit: _____ Monate
Therapeut/Praxis 5

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten)