

**Antrag auf KOSTENÜBERNAHME  
wegen Inanspruchnahme  
von psychotherapeutischer Behandlung**

An die Versicherungsanst. öffentl. Bed., Eisenbahnen und Bergbau    **BVAEB-EB**     **BVAEB-OEB**

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient(in)		
Anschrift		
Versicherte(r) (Nur ausfüllen, wenn Patient(in) Angehöriger ist)		
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Weiterführung der Therapie lt. umseitiger Angaben.

Erstantrag     Fortsetzungsantrag

Diagnostik/Klassifikation

am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten

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

Die Krankenkasse leistet eine Kostenübernahme für Psychotherapie, wenn eine (seelische) Krankheit vorliegt, die eine psychotherapeutische Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung soll 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 dem Krankenversicherungsträger, sich davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Die Überprüfung hat jedenfalls erstmals vor der 11. Psychotherapiesitzung auf Grund der Angaben dieses Fragebogens stattzufinden.

**Kostenübernahmen für eine psychotherapeutische Krankenbehandlung werden ab der 11. Sitzung im Behandlungsverlauf nur dann geleistet, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme derselben auf Grund dieses Antrages die grundsätzliche Weiterleistung der Kostenübernahme (Bewilligung) zugesagt hat. Aufgrund der Angaben dieses Fragebogens wird es Ihrem Krankenversicherungsträger ermöglicht, die Kostenübernahme für (maximal) 50 weitere Sitzungen zuzusagen.**

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

Da in der Krankenversicherung das Antragsprinzip herrscht, obliegt es der Patientin bzw. dem Patienten (Versicherten), jene Informationen zu erteilen, bzw. jene Nachweise beizubringen, auf die sich der Leistungsanspruch stützt. Diese Auskünfte bzw. Informationen sollen im Auftrag der Patientin bzw. des Patienten von der behandelnden Psychotherapeutin bzw. vom Psychotherapeuten mit diesem Formular erteilt werden. Das Formular soll von der behandelnden Psychotherapeutin bzw. vom Psychotherapeuten ausgefüllt sowie von der Therapeutin, vom Therapeuten und von der Patientin, 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 Kasse hinsichtlich der Leistung der Kostenübernahme zuletzt zugesagten Sitzungsanzahl bei dieser einlangt. Wir werden Sie so rasch wie möglich darüber informieren, für welche Anzahl von Sitzungen eine Kostenübernahme bewilligt werden kann.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie bzw. Ihre Psychotherapeutin bzw. Ihren Psychotherapeuten, direkt die Kasse zu kontaktieren.

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

Mit Dank für Ihre Hilfe

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 oder ICD 10 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 Anmerkungen zum Einsatz der Methoden<sup>2</sup>

Vorgesehene Methode:

*Anmerkungen.*

5. Vorgesehene Sitzungsform:<sup>3</sup>

*Einzel 50 Min.*

*Gruppe 90 Min.*

---

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

---

6b. Wie viele Sitzungen haben im Rahmen der gegenständlichen von Ihnen durchgeführten

psychotherapeutischen Krankenbehandlung stattgefunden

bzw. seit wann haben Sitzungen stattgefunden und in welcher Frequenz? 

---

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

---

7. Für wie viele weitere Sitzungen wird ein Kostenübernahme 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

1) Nicht für Erstanträge nach 10 Sitzungen auszufüllen, nur für Folgeanträge vorgesehen.

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

3) Zutreffendes bitte ankreuzen.