

ANTRAG AUF KOSTENZUSCHUSS WEGEN INANSPRUCHNAHME EINER(S) FREIBERUFLICH NIEDERGELASSENEN PSYCHOTHERAPEUTIN(EN)

An die Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols

Familien 🛱 å^¦ Áp æ&@name(n) ÁÁÁV orname(n) ÁÁÁÁV sicherungsnummer Patient/-in	Ich beantrage (Zutreffendes bitte ankreuzen!)
ÁS Õ È ÀMS È MAS È Tag Monat Jahr	die grundsätzliche Gewährung von Kostenzuschüssen für die Weiter- führung der Therapie lt. umseitiger
Anschrift	Angaben ohne Vorlage von Hono- rarnoten
	die Gewährung von Kostenzuschüsser
Versicherter nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist	aufgrund der beiliegenden Honorar- note(n) für den umseitig angeführten
ÁS Õ ÈÈÁÁS ÈÁÁS È Tag Monat Jahr	Therapieverlauf
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)	
	Datum und Unterschrift des Patienten

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

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) leistet Kostenzuschüsse f>l Psychotherapie aus dem Titel der Krankenbehandlung. Leistungen der Krankenbehandlung dürfen von der ÖGK nur dann gewährt werden, wenn eine Geelische) Krankheit vorliegt, die ^ine Krankenbehandlung notwendig macht; durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigk^it und die Fähigkeit, für åie lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, •ie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Es obliegt der ÖGK, sich vor einer Leistungsgewährung davon zu überzeugen, dass diese Voraussetzungen vorliegen. Kostenzuschüsse für eine psychotherapeutisc Behandlung werden daher nur dann gewährt, wenn die ÖGK die umseitigen Voraussetzungen geprüft hat.

Für den Patienten ist es von Vorteil, wenn diese Überprüfung schon vor den geplanten weiteren psychotherapeutischen Sitzungen stattfindet, da bei einer positiven Entscheidung der ÖGK Sicherheit besteht, dass Kostenzuschüsse bei Vorlage entsprechend detaillierter Honorarnoten (entsprechende Auskünfte erteilt Ihre ÖGK bzw. behandelnder Psychotherapeut) geleistet werden.

Da in der Krankenversicherung das Antragsprinzip herrscht, obliegt es dem/der Patienten/-in (Versicherten), jene Informationen zu erteilen bzw. jene Nachweise beizubringen, auf die sich der Leistungsanspruch stützt. Öiese Auskünfte bzw. Informationen sollen im Au-trag der Patientin/åes Patienten von der behandelnden Psychotherapeutin (vom behandelnden Psychotherapeuten) mit diesem Formular erteilt werden. Das Formular soll vom behandelnden Psychotherapeuten (von der behandelnden Psychotherapeutin) ausgefüllt sowie von Therapeut(-in) und Patient(-in) * nterschrieben , erden. Die Beantwortung dieser Fragen ist für uns wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung åes Leistungsanspruches und schafft åie Möglichkeit einer Österreichweit einheitlichen und unkomplizierten Vorgangsweise.

Dieses Formular sollte möglichst rechtzeitig vor der geplanten 11. Psychotherapiesitzung im Behandlungsverlauf von dem/der behandelnden Therapeut/-in an die Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols übermittelt werden, welche von der ÖGK mit der fachlichen Begutachtung der Anträge vertraglich betraut ist

Wir versichern Ihnen, dass die Informationen dieses Fragebogens im Bereich der ÖGK und der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols streng vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre Österreichische Gesundheitskasse

Werte Psychotherapeutin! Werter Psychotherapeut!

Der Krankenversicherungsträger Ihres Patienten ersucht Sie hinsichtlich des Ammender im folgende Angaben:

von o	aulich der Psychotherapeutin/ Psychotherapeuten ufüllen!	Ве	ehandelnde(r) Psycho	otherapeutin/Psychotherapeut:		
1.	Welche Störungen werden 1) bel	andelt? (ICD 10	od. DSM IV <u>und</u> verbal eir	ndeutige Zuordnung)		
/////////	CD 10/DSM IV: Nr. verbal	Nr.	verbal	Nr. verbal		
2.	######################################	nsität der Störur	ng Behandlungsbedü	rftigkeit vor?		
3.	Zusammenfassende Einschätzur	ıg des Krankhei	tsverlaufes seit Thera	apiebeginn (keine V@Eä), @odc^DK		
4. Vorge	∰∰∰∰∰∰Methode. Ist esehene/Angewandte Metho		den Patienten (bzw.			
5. Vor	gesehene ¹⁾ Sitzungsform ²⁾ Einzel 50 Min. Grup	pe 90 Min.				
За.	Wieviele weitere Sitzungen sind voraussichtlich notwendig? 3)					
Sb.	Wieviele Sitzungen waren bisher im Rahmen einer von Ihnen durchgeführten psychotherapeutischen Krankenbehandlung notwendig?					
∂c.	(Lt. Angaben des Patienten) Wieviele psychotherapeutische Sitzungen mit welcher Methode waren bisher im Rahmen einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung bei einem anderen Psychotherapeuten notwendig?					
7.	Für wieviele weitere Sitzungen w	ird ein Kostenzu	uschuss beantragt? 3			
3.	Welche Sitzungsfrequenz ist gep	lant? 3)				
). Ann	nerkungen:		Ich erkläre, dass di Krankenbehandlun	e ////////////////// der g zweckmäßig ist.		
1) Zutreffendes bitte selektieren! 2) Zutreffendes bitte ankreuzen! 3) Nur bei Antrag auf Vorausgenehmigung! Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers				n und Unterschrift eutin (des Psychotherapeuten)		
		Befürwortui weitere		Der Antrag wurde an den /die Psychotherapeuten(in) zurückgesandt. Für die Begutachtung müssen weitere Informationen eingeholt werden.		