

| | | | | | | | | |
|---|---|--|---|-------------------------------------|--|--------------------------------|--|--|
| <h2 style="text-align: center;">Bestätigung</h2> <p style="text-align: center;">der ärztlichen Untersuchung bei Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung</p> | ÖGK | Andere Kostenträger | 1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers. | 5 Pensio- nist(in) | 7 Kriegs- hinter- bliebene(r) | 9 | | |
| | Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! | | | Bitte zutreffendes Feld bezeichnen! | | | | |
| | Dient zur Vorlage beim KV-Träger | | <h2 style="text-align: center;">Bestätigung</h2> | | | | | |
| Familienname | Vorname | Versicherungsnummer | | | | | | |
| Patient(in) | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Tag Mon. Jahr </div> | | | | | | |
| Anschrift | | | | | | | | |
| Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) | | | | | | | | |
| | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Tag Mon. Jahr </div> | | | | | | |
| <p>§ 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG: „Im Rahmen der Krankenbe- handlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ... eine psychotherapeutische Behandlung ... wenn nachweis- lich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb dessel- ben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersu- chung (§ 2 Abs. 2 Z. 1 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.</p> | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Die Patientin/Der Patient wurde am _____ gemäß § 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG, § 91 Abs. 1 Z. 3 GSVG, § 85 Abs. 1 Z. 3 BSVG, § 63 Abs. 1 Z. 3 B-KUVG untersucht | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Weitere diagnostische/therapeutische Maßnahmen sind derzeit erforderlich / nicht erforderlich*) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Allfällige Bemerkungen: | | | | | |
| | | | _____ Ort, Datum | | | _____ Stempel, Unterschrift | | |
| *) Nichtzutreffendes bitte streichen! Angaben zu diesem Punkt können entfallen. | | | | | | | | |