

Antrag auf KOSTENZUSCHUSS wegen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung

Familien- oder Nachname/n Patient/in	Vorname/n	Versicherungsnummer
.....		
Anschrift		
.....		
Versicherte/r		
.....		
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in Dienstort)		
.....		

Name der Psychotherapeutin/ des Psychotherapeuten
.....
Praxisadresse
.....

Sehr geehrte Psychotherapeutin! Sehr geehrter Psychotherapeut!

Die Krankenkasse übernimmt Kosten 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 lebenswichtige persönliche 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 auf Grund der Angaben dieses Fragebogens stattzufinden.

Die Kosten für eine psychotherapeutische Krankenbehandlung werden ab der 11. Sitzung im Behandlungsverlauf nur dann übernommen, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme derselben auf Grund dieses Antrags die grundsätzliche Weitergewährung der Kostenübernahme (Bewilligung) zugesagt hat. Auf Grund der Angaben dieses Fragebogens wird der Krankenkasse ermöglicht, die grundsätzliche 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 eine Kostenübernahme, nur für jene weiteren Sitzungen erfolgt, die **vor** der konkreten Inanspruchnahme bewilligt worden sind. Wir ersuchen Sie, das Formular so rechtzeitig auszufüllen bzw. abzusenden, dass es spätestens 10 Tage vor Inanspruchnahme der geplanten 11. Therapiesitzung im Behandlungsverlauf bzw. spätestens 10 Tage vor der ersten Sitzung nach Erschöpfung der von der Krankenkasse hinsichtlich der Gewährung der Kostenübernahme zuletzt zugesagten Sitzungsanzahl bei dieser einlangt. Wir werden Sie so rasch wie möglich darüber informieren, für welche Anzahl von Sitzungen eine Kostenübernahme erfolgen kann.

Sollten Unklarheiten bestehen oder weitere Abklärungen notwendig sein, bitten wir Sie, direkt den Medizinischen Dienst der Kasse zu kontaktieren.

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

Mit freundlichen Grüßen

I. Auszufüllen von der behandelnden Psychotherapeutin/vom behandelnden Psychotherapeuten im Auftrag der Patientin/des Patienten

1. Angaben zur Patientin/zum Patienten:

1.1. Vierstellige Diagnose(n) nach ICD-10*:

1.2. GAF-Wert *: (Einschätzung der Therapeutin/des Therapeuten zum Zeitpunkt der Antragstellung;

siehe dazu Manual)

1.3. Berufstätigkeit *: ja nein

1.4. Laufende psychiatrische/kinder- und jugend (neuro-) psychiatrische (kinderfachärztliche) Behandlung *: ja nein

Name der Fachärztin/des Facharztes:

1.5. Aktuelle Medikation im Zusammenhang mit psychischen Störungen, verabreicht durch Fachärztin/Facharzt/Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin*:

1.6. Krankenstände im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung binnen der letzten zwei Jahre/vor der Erstantragstellung *: (wenn ja, bitte nähere Angaben zu Zeitrahmen und Diagnose, sofern bekannt)

1.7. Stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung binnen der letzten zwei Jahre *: (wenn ja, bitte nähere Angaben zu Institution und Zeitrahmen)

1.8. Behandlungsbezogene Anamnese in **Stichworten**/Belastungsfaktoren (z.B. körperl. Erkrankungen/Krankheitsbeginn insbesondere familiäre Aspekte, traumatische Ereignisse/Drogen-/Medikamentenabusus)*:

Bei Folgeantrag: Therapieverlauf *:

1.9. Angaben zur Intensität der Störung (das aktuelle Zustandsbild soll auf Symptomebene stichwortartig wiedergegeben werden/Darstellung der aktuellen Situation)*:

*) Pflichtfelder; bei Nichtbeantwortung ist keine Bearbeitung des Antrags möglich

2.0. Konkrete Zielsetzungen der Krankenbehandlung in Bezug auf die ICD-10 Diagnose*:

Bei Folgeantrag: Erreichte ursprüngliche/offene Zielsetzungen*:

2.1 Anmerkungen

II. Zur antragsgegenständlichen Psychotherapie *:

Beginn* (Datum der 1. Stunde):

Bisherige Stundenanzahl *:

Therapiemethode *:

Setting *: Einzel 50min Gruppe 90min

Frequenz *:

Anmerkungen: _____

Beantragte Stundenanzahl *:

voraussichtliche Gesamtstundenanzahl *:

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der
Krankenbehandlung zweckmäßig ist

.....
Datum/Unterschrift der Patientin/des Patienten

.....
Datum/Unterschrift/Stampiglie der Therapeutin/des Therapeuten

III. Anmerkungen durch den Medizinischen Dienst der Wiener Gebietskrankenkasse

Anzahl der bewilligten Stunden	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frequenz		
Bewilligung ab		

Bei Folgeantrag wird eine Begutachtung veranlasst

Anhang zu Kostenzuschuss und Kostenübernahme

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45, 68, 72)

- 100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome
- 90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung); gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder Sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
- 70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schulschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
- 50-41 Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
- 20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

0 Unzureichende Information