

Anschrift der **Krankenkasse**

ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

- nach § 13(3) SGB V -

☐ Probatorik
☐ Erstantrag ☐ Fortführungsantrag

Vom **Versicherten** auszufüllen!

- Die Daten werden gemäß § 284 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V (SGB V) erhoben -

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Versichertennummer _____ ☐ Mitglied ☐ Familienversicherte/r ☐ Rentner/in

Ich beantrage Kostenerstattung für Psychotherapeutische Behandlung durch

Herrn Luca Paul

Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut TP

ENR: 9660839

Praxis Paul

Delitzscher Straße 80, 04129 Leipzig

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ☐ ist beigelegt ☐ liegt Ihnen bereits vor ☐ geht Ihnen in Kürze zu

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Vom **Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten** auszufüllen!

1. Diagnose (ICD-10) _____

2. Es handelt sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V.

3. Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahme:

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐ Analytische Psychotherapie ☐

☐ als Einzelbehandlung ☐ als Gruppenbehandlung

4. Dauer der Behandlungseinheit: ____ Minuten in ____ x wöchentlicher Frequenz

5. 6 probatorischen Sitzungen à 84,61 € analog EBM 35150, einer biographischen Anamnese à 84,37 € analog EBM 35140 und einer vertieften Exploration à 30,67 € analog EBM 35141 (Stand: 2. Quartal 2024) im Richtlinienverfahren Tiefenpsychologie, zuzüglich flankierender Ziffern.

Ort, Datum _____ Unterschrift / Stempel des Therapeuten _____

