

Praxis für Psychotherapie und Beratung
Dr. rer. medic. Anja Zschieschang
Prager Str. 8a
01069 Dresden

Kostenerstattung

Wie Sie meiner Internetseite entnehmen können, bin ich Verhaltenstherapeutin – approbiert, im Arztregister eingetragen - aber leider wegen allgemeiner Niederlassungssperre ohne eine Kassenzulassung. D.h., gesetzlich Krankenversicherte können leider nicht einfach mit einer Überweisung und ihrer Versicherungskarte zu mir kommen, damit die Krankenkasse die Kosten für eine Therapie übernimmt.

Wenn Sie aber bereits bei mehreren kassenzugelassenen Psychotherapeuten aufgrund der langen Wartezeiten vergeblich versucht haben, einen Therapieplatz zu bekommen, es aber zum jetzigen Zeitpunkt wichtig für Sie ist, eine Psychotherapie zu beginnen, besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu stellen (Rechtsquelle: § 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch V).

Alle notwendigen Formulare zur Beantragung der Kostenerstattung für Psychotherapie finden Sie auf den folgenden Seiten in dieser Datei:

1. „Antrag auf Kostenerstattung für probatorische Sitzungen“ – dieses vorformulierte Schreiben finden Sie hier als Formular und müssen es nur noch mit Ihren Daten versehen.
2. Eine Liste mit den Therapeuten mit einem Kassensitz bzw. Kassenzulassung , die Sie angerufen haben – Sie müssen dazu notieren, wen Sie wann angerufen haben und mit welchem Ergebnis (z. B. "frühestens in 3 Monaten freie Termine").
3. Hier können Sie gezielt nach sog. Vertragsbehandlern suchen, also Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung: <http://www.psychotherapiesuche.de/suche-nach-plz> Klicken Sie auf jeden Fall rechts Kassenzulassung an, dann einen Ort eingeben oder eine Postleitzahl. Zum Schluss "Suchen" anklicken.
4. Für den obigen Antrag wird außerdem ein ärztlicher Konsiliarbericht von einem Psychiater, Hausarzt, Neurologen oder Arzt für Psychotherapie benötigt.
5. Ferner wird eine Dringlichkeits- und/oder Notwendigkeitsbescheinigung von Ihrem Hausarzt oder Psychiater (also ein Attest, das eine Diagnose enthält und begründet, warum Sie unbedingt jetzt eine Therapie benötigen und nicht erst in 6 Monaten. Die Kassen fordern dieses Attest meistens von einem Psychiater, der Hausarzt reicht oft nicht. Bitte machen Sie sich eine Kopie von diesem Attest.

Sollte es Ihnen schwer fallen die erforderlichen Telefonate zu führen und die notwendigen Unterlagen zu beschaffen, dann lassen sie sich von Angehörigen oder Freunden dabei unterstützen. **Bitte bringen Sie die (ausgefüllten) Dokumente zum Erstgespräch mit.**

Mit freundlichen Grüßen
Anja Zschieschang



Praxis für Psychotherapie und Beratung
Dr. rer. medic. Anja Zschieschang

📍 Prager Str. 8a, 01069 Dresden
☎ +49 176 22958702
✉ kontakt@psychotherapie-zschieschang.de
🌐 www.psychotherapie-zschieschang.de

Kontoinhaber: Anja Zschieschang
IBAN: DE39 3006 0601 0021 8973 03
BIC: DAAEED33XXX
Bank: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

Steuernummer: 209/293/02630
Finanzamt Meißen

Anschrift Patient/in

Anschrift der Krankenkasse

Datum

Antrag auf Kostenerstattung nach SGB V, § 13, Abs. 3 für eine ambulante Psychotherapie für _____ *eigener Name* _____, Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben bitte ich um Übernahme der Kosten, die mir durch die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie bei Frau Dr. rer. medic. Anja Zscheschang (Psychotherapeutin ohne Kassenzulassung) entstehen.

Aufgrund meiner psychischen Probleme

Ich habe von *meiner Hausärztin / meinem Hausarzt / meiner Fachärztin / meinem Facharzt* eine Empfehlung / Überweisung zur ambulanten Psychotherapie erhalten.

In meiner momentanen Situation ist jeder Tag ein enormer Kampf für mich ... Um meinen Alltag wieder bewältigen zu können, benötige ich daher psychotherapeutische Unterstützung ... (Kurze Schilderung der eigenen Symptome / Probleme, z.B. Angstzustände, innere Unruhe, Herzrasen, Magenbeschwerden, Depressionen, Schlafstörungen, Essstörungen, Antriebsmangel...)...

Wie Sie meinem beigefügten Protokoll/Tabelle entnehmen können, haben meine mehrfachen Anfragen bei verschiedenen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ergeben, dass diese Termine frühestens in _____ Mon. Bis zu _____ Jahr vergeben oder aber überhaupt keine Patienten mehr aufnehmen.

Nach dem Gespräch mit Frau Dr. rer. medic. Anja Zscheschang besteht für mich jedoch die Möglichkeit, eine ambulante Therapie sofort bei ihr beginnen zu können. Frau Dr. Zscheschang ist approbiert als Psychologische Psychotherapeutin. Sie ist im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (**ENR 9561171**) eingetragen. Für weitere Rückfragen steht Ihnen Frau Dr. Zscheschang gerne unter der Rufnummer 0176-22958702 zur Verfügung.

Ich bitte um wohlwollende Prüfung meines Antrages und die Kostenübernahme für die geplante Psychotherapie.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern unter der Rufnummer _____ zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

Protokoll/Tabelle über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch)	Name des Psychotherapeuten	Anschrift und Telefonnummer des Psychotherapeuten	Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit)

Dringlichkeits- bzw. Notwendigkeitsbescheinigung zur Vorlage mit Bitte um Unterschrift bei Ihrem behandelnden Arzt

Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/ Ort:

Versicherten-Nr.:

Ärztliche Bescheinigung über die Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung

Bei dem/ der oben genannten Patientin/ en liegt eine psychische Symptomatik (ICD-10:) vor, die eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich macht. Es wird eine ambulante Verhaltenstherapie empfohlen. **Eine längere Wartezeit kann aufgrund der akuten Erkrankung nicht in Kauf genommen werden.**

Aus fachlicher/ ärztlicher Sicht halte ich es für dringend geboten, möglichst umgehend mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen, um eine weiterführende gesundheitliche Gefährdung der Patientin/ des Patienten sowie eine Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern.

Mit freundlichem Gruß

.....

Ausstellungsdatum/ Arztstempel/ Unterschrift

Anmeldebogen

Name, Vorname:	
geb. am:	
Adresse:	
versichert bei:	
Versicherungsnummer:	
Anschrift der Krankenversicherung:	
Tel.:	
E-Mail:	

Praxis für Psychotherapie und Beratung
Dr. rer. medic. Anja Zschieschang
Prager Str. 8a
01069 Dresden



Praxis für Psychotherapie und Beratung
Dr. rer. medic. Anja Zschieschang

📍 Prager Str. 8a, 01069 Dresden
☎ +49 176 22958702
✉ kontakt@psychotherapie-zschieschang.de
🌐 www.psychotherapie-zschieschang.de

Kontoinhaber: Anja Zschieschang
IBAN: DE39 3006 0601 0021 8973 03
BIC: DAAEEDDDXXX
Bank: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

Steuernummer: 209/293/02630
Finanzamt Meißen

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

Vor- und Zuname

geboren am:

wohnhaft in:

entbinde hiermit die Psychotherapeutin

Frau **Dr. rer. medic. Anja Zschieschang**

Vor- und Zuname der Psychotherapeutin

von der Schweigepflicht (§ 203 StGB) durch diese Einwilligungserklärung.

Ich willige hiermit ein, dass die Psychotherapeutin folgende Angaben von mir offenbart,

gegenüber:

Die Entbindungserklärung gilt umgekehrt auch für die Adressaten dieser Erklärung. Die Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

.....

Ort

.....

Datum

.....

Unterschrift