

Pat.name:

Versichertennummer:

Dokumentation Kontakt zur Krankenkasse bzgl. Kostenerstattungsverfahren und Individueller Nachweis des Systemversagens

Telefonat am _____ um _____ Uhr mit _____ (Name Mitarbeiter*in).

Vorgaben für die Antragstellung (Ablauf des Verfahrens):

- Wie viele Vertragspsychotherapeut*innen muss ich mindestens kontaktieren: _____
- Wie oft muss ich bei der Terminservicestelle anrufen und versuchen einen Therapieplatz zu bekommen: _____
- Dringlichkeitsbescheinigung für eine Psychotherapie:
 - reicht von einem*r Psychologischen Psychotherapeuten*in
 - muss von einem*er Facharzt*ärztin/ Hausarzt*ärztin ausgestellt werden
- Welche Unterlagen muss ich einreichen zur Antragsstellung:
 - Persönliches Anschreiben
 - Dringlichkeitsbescheinigung für eine Psychotherapie
 - Nachweis über den Besuch einer Psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV 11 mit Dringlichkeitscode)
 - Individueller Nachweis des Systemversagens
 - Anschreiben des*der Psychologischen Psychotherapeuten*in
 - Qualifikationsnachweise des*der Psychologischen Psychotherapeuten*in
 - weitere:

Individueller Nachweis des Systemversagens: Krankenkasse

Hiermit erkläre ich, dass ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht meine Krankenkasse kontaktiert habe, um eine*n niedergelassene*n Therapeuten*in für eine Richtlinien-Psychotherapie zu finden. Diese konnte in meinem Fall leider keinen Behandlungsplatz vermitteln.

- Meine Krankenkasse konnte mir keinen Therapieplatz innerhalb von vier Wochen vermitteln.
- Meine Krankenkasse konnte mir keinen Therapieplatz in erreichbarer Entfernung vermitteln.
- Meine Krankenkasse konnte mir nur eine einmalige Sprechstunde vermitteln
bei _____ am _____.
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.
- Meine Krankenkasse konnte mir nur einen Termin zur Probatorik vermitteln, keinen Therapieplatz,
bei _____ am _____.
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.
- Meine Krankenkasse konnte mir nur eine Akutbehandlung vermitteln, keine reguläre Richtlinien-
Therapie, bei _____ am _____.
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.

Pat.name:

Versichertennummer:

Individueller Nachweis des Systemversagens: Terminservicestelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht die Terminservicestelle kontaktiert habe, um eine*n niedergelassene*n Therapeuten*in für eine Richtlinien-Psychotherapie zu finden. Diese konnte in meinem Fall leider keinen Behandlungsplatz vermitteln.

Begründung:

Telefonat am _____ um _____ Uhr:

- Die Terminservicestelle konnte mir nur eine einmalige Sprechstunde vermitteln
bei _____ am _____ .
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.
- Die Terminservicestelle konnte mir keinen Termin innerhalb von vier Wochen vermitteln.
- Die Terminservicestelle konnte mir keinen Termin in erreichbarer Entfernung vermitteln.
- Die Terminservicestelle konnte mir nur einen Termin zur Probatorik vermitteln, keinen Therapieplatz, bei _____ am _____ .
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.
- Die Terminservicestelle konnte mir nur eine Akutbehandlung vermitteln, keine Richtlinien-Therapie, bei _____ am _____ .
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.

Telefonat am _____ um _____ Uhr:

- Die Terminservicestelle konnte mir nur eine einmalige Sprechstunde vermitteln
bei _____ am _____ .
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.
- Die Terminservicestelle konnte mir keinen Termin innerhalb von vier Wochen vermitteln.
- Die Terminservicestelle konnte mir keinen Termin in erreichbarer Entfernung vermitteln.
- Die Terminservicestelle konnte mir nur einen Termin zur Probatorik vermitteln, keinen Therapieplatz, bei _____ am _____ .
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.
- Die Terminservicestelle konnte mir nur eine Akutbehandlung vermitteln, keine Richtlinien-Therapie, bei _____ am _____ .
Ein regulärer Therapieplatz ist dort erst in _____ Wochen/ Monaten verfügbar.

Pat.name:

Versichertennummer:

**Individueller Nachweis des Systemversagens:
Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei Psychotherapeut*innen mit Kassenzulassung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich, dass ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht niedergelassene Psychotherapeut*innen kontaktiert habe, um einen Therapieplatz für Richtlinien-Psychotherapie zu finden. Leider konnte ich keinen Therapieplatz mit angemessener Wartezeit und Entfernung finden.

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (telefonisch, persönlich, E-Mail)	Name Vertragspsychotherapeut*in	Anschrift und Telefonnummer	Information über möglichen Therapieplatz (Absage, Wartezeit auf einen Therapieplatz)

Pat.name:

Versichertennummer:

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (telefonisch, persönlich, E-Mail)	Name Vertragspsychotherapeut*in	Anschrift und Telefonnummer	Information über möglichen Therapieplatz (Absage, Wartezeit auf einen Therapieplatz)

Pat.name:

Versichertennummer:

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (telefonisch, persönlich, E-Mail)	Name Vertragspsychotherapeut*in	Anschrift und Telefonnummer	Information über möglichen Therapieplatz (Absage, Wartezeit auf einen Therapieplatz)

Pat.name:

Versichertennummer:

Datum und Uhrzeit der Kontaktaufnahme	Art der Kontaktaufnahme (telefonisch, persönlich, E-Mail)	Name Vertragspsychotherapeut*in	Anschrift und Telefonnummer	Information über möglichen Therapieplatz (Absage, Wartezeit auf einen Therapieplatz)