

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) |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------|--|
|                                       |   |                                 |                             |  |
|                                       |   |                                 |                             |  |
|                                       |   |                                 |                             |  |
|                                       |   |                                 |                             |  |
|                                       |   |                                 |                             |  |