

## Antrag auf KOSTENÜBERNAHME 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 Anspruchsberechtigte!  
Sehr geehrter Anspruchsberechtigter!**

**Sehr geehrte Psychotherapeutin!  
Sehr geehrter Psychotherapeut!**

Psychotherapie ist eine der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung gleichgestellte Leistung (§ 135 Abs. 1 Z. 3 ASVG). Krankenbehandlung hat gemäß § 133 ASVG ausreichend und zweckmäßig zu sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Wiener Gebietskrankenkasse ist gemäß § 31 Abs. 5 Z. 10 ASVG zur Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung verpflichtet.

Werden mehr als 10 psychotherapeutische Behandlungseinheiten beansprucht, benötigt die Wiener Gebietskrankenkasse daher einige Angaben zu den persönlichen Gesundheitsdaten der Antragstellerin/des Antragstellers, um einschätzen zu können, ob bzw. wie lange Psychotherapie als Krankenbehandlung notwendig ist. Zur Übermittlung dieser Daten dient der vorliegende Antrag.

Ab der 11. Behandlungseinheit werden Kosten von der Wiener Gebietskrankenkasse nur dann übernommen, wenn alle zur Beurteilung des Behandlungserfordernisses notwendigen Angaben vorliegen und die Wiener Gebietskrankenkasse vor Inanspruchnahme der 11. Behandlungseinheit die grundsätzliche Weitergewährung der Kostenübernahme (Bewilligung) zugesagt hat. Für Behandlungseinheiten, für die keine Bewilligung vorliegt, können Kosten nicht übernommen werden. Sofern mehr als die (bereits) bewilligten Behandlungseinheiten benötigt werden, ist ein weiterer Antrag notwendig.

Alle vom Antrag erfassten Angaben sind dazu notwendig, um der Wiener Gebietskrankenkasse die Einschätzung des Behandlungserfordernisses zu ermöglichen und die grundsätzliche Kostenübernahme zuzusagen. Unvollständige oder unklare Angaben im Antragsformular können dazu führen, dass eine geringere Anzahl als die beantragten Behandlungseinheiten bewilligt oder die Kostenübernahme gänzlich abgelehnt wird.

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 Wiener Gebietskrankenkasse zu kontaktieren.

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

Mit freundlichen Grüßen  
Wiener Gebietskrankenkasse

# 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 Zeiträumen 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 Zeiträumen)

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 \*):

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 \*:

Diagnostik durchgeföhrt am .....  
von .....  
Diagnose .....

Ich erkläre, dass die Fortsetzung der Krankenbehandlung zweckmäßig ist

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

Die Antragstellerin/der Antragsteller ist gemäß § 28 DSGVO zum jederzeitigen Widerspruch gegen die Verwendung der antragsgegenständlichen Daten durch die Wiener Gebietskrankenkasse berechtigt. Für den Fall des Widerspruchs sind diese Daten von der Wiener Gebietskrankenkasse binnen acht Wochen zu löschen. Alle auf Grundlage dieser Daten von der Wiener Gebietskrankenkasse erbrachten Leistungen sind dieser binnen vier Wochen ab Tilgung der Daten von der Antragstellerin/vom Antragsteller zurückzuzahlen.

**Ich habe die Hinweise betreffend § 28 DSGVO zur Kenntnis genommen.  
Ich erkläre, mit der Übermittlung der Daten an die Wiener Gebietskrankenkasse einverstanden zu sein.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

**III. Anmerkungen durch den Medizinischen Dienst der Wiener Gebietskrankenkasse**

Anzahl der bewilligten Stunden

Frequenz

Bewilligung ab

Bei Folgeantrag wird eine Begutachtung veranlasst

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