

<p>4. Besuch bei der/dem Haus- oder Kinderarzt/-ärztin um den Konsiliarbericht und die Dringlichkeits- bzw. Notwendigkeitsbescheinigung (siehe Vorlagen im Anhang) einzuholen, ggf. auch Besuch beim ambulanten oder stationären Psychiater für diese Bescheinigung.</p>	<p>0</p>
<p>5. Formloser Antrag des/der PatientIn auf eine Psychotherapie (Verhaltenstherapie).</p>	<p>0</p>
<p>6. Bitte wieder telefonisch oder per E-Mail bei mir melden. Wir vereinbaren dann einen Termin in meiner Praxis, um uns Kennenzulernen, alle Unterlagen zusammenzutragen und einen Antrag auf Probatorik zu stellen.</p> <p>Die Bearbeitungszeit der Krankenkasse beträgt i.d.R. 3 Wochen, sollte ein Gutachten an den MDK weitergeleitet werden müssen auch bis zu 5 Wochen.</p> <p>Bitte beachten Sie, dass eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen nur nach vorheriger Genehmigung der Kasse erfolgt. D.h. Gespräche die vorab stattfinden werden nicht erstattet. Sie können sich aber entscheiden auch schon während des Beantragungsprozesses Therapie als Selbstzahlerleistung in Anspruch zu nehmen. Bitte sprechen Sie mich darauf an.</p>	<p>0</p>

allgemeiner Ablauf Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr:

Probatorische Sitzungen (6 Sitzungen) zur/zum Kennenlernen, Anamneseerhebung und Diagnostik.



Beantragung einer Kurzzeittherapie oder einer **Langzeittherapie**. Zumeist ist spätestens hierfür ein Gutachten für den MDK notwendig, sodass die Bearbeitungszeit der Krankenkassen zumeist bis zu 5 Wochen beträgt.



Durchführung der **Kurzzeittherapie** (24+3 50 minütige Behandlungsstunden) oder einer **Langzeittherapie** (60+15 50 minütige Behandlungsstunden).

Weitere Stunden sind durch Verlängerungsanträge bei gegebener Notwendigkeit möglich.

Für Fragen, die auf dem Weg entstehen, wenden Sie sich gern an mich oder ihre zuständige Krankenkasse.

**Mitteilung zur erfolglosen Terminvermittlung der Terminservicestelle
(TSS) für probatorische Sitzungen**

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nr.: _____

TERMINSERVICESTELLE (TSS): KVSA, Bereich Lutherstadt Wittenberg

VERMITTLUNGSWUNSCH: Probatorische Sitzungen bei dringend indizierter ambulanter Psychotherapie (PTV11 mit Dringlichkeitscode)

Dringlichkeitscode: _____

Therapieverfahren: Verhaltenstherapie

I. ANGABEN ZU ERFOLGSLOSEN KONTAKTVERSUCHEN

a) ANGABEN ZUM/ZU DEN ANRUFVERSUCHEN

Ich habe die TSS innerhalb Ihrer Service-Zeit zu folgenden Zeiten nicht erreicht:

	Datum	Uhrzeit	Ggf. Anmerkungen
1. Anruf			
2. Anruf			
3. Anruf			

II. ANGABEN ZU ERFOLGLOSEN VERMITTLUNGSVERSUCHEN der TSS:

die TSS kann mir keinen Termin für probatorische Sitzungen, in dem bei mir laut PTV11 indizierten bzw. meinen Wünschen entsprechenden Verfahren (VT) anbieten.

die TSS kann mir (unabhängig vom Verfahren) keinen Termin für probatorische Sitzungen anbieten.

die TSS kann mir in dem bei mir laut PTV11 indizierten bzw. von mir gewünschten Verfahren (VT) nur einen Termin für probatorische Sitzungen in mehr als 4 Wochen anbieten.

die TSS kann (unabhängig vom Verfahren) nur einen Termin für probatorische Sitzungen in mehr als 4 Wochen anbieten.

bei der Kontaktaufnahme mit der/dem von der TSS genannten/m Psychotherapeut/in am _____ stellte sich heraus, dass im Anschluss an die probatorischen Sitzungen zeitnah KEIN Therapieplatz frei ist.

Name der/des Therapeut/in: _____

Adresse der Praxis: _____

Angegebene Wartezeit auf Therapieplatz nach Probatorik: _____

o die probatorischen Sitzungen bei der/dem von der TSS vermittelten Psychotherapeut/in führten nicht zur Beantragung einer Psychotherapie.

Name des/der Therapeut/in: _____

Adresse der Praxis: _____

Gründe:

ich habe mich nicht gut aufgehoben gefühlt und konnte mir deshalb keine Zusammenarbeit vorstellen

die/der Psychotherapeut/in hat mir abgesagt, ggf. genannte Gründe:

wir beide konnten uns eine Zusammenarbeit nicht vorstellen .

o Sonstige Gründe:

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie für

Anschrift/Briefkopf Haus-/Kinderarzt/Psychiater/Klinik/Ambulanz

Patient/in:, **geb.**

wohnhaft in:

Krankenkasse: Mitgliedsnummer:

Aktuelle Beschwerden/ Symptome/ Befunde/Untersuchungen:

.....
.....
.....

Aufgrund einer psychischen Erkrankung im Sinne des SGB V, benötigt der/die o.g. Patient*in eine ambulante Psychotherapie im **Richtlinienverfahren**:

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie

Diagnose(n) nach ICD 10:

Aus ärztlicher Sicht besteht bei dem/der Patient/in aufgrund der o.g. Symptome die dringende Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie. Leider haben die bisherigen Bemühungen von _____, einen Therapieplatz zu finden, nicht den erhofften Erfolg gebracht. Eine noch längere Wartezeit ist nicht zumutbar. Ich sehe gemäß der Diagnosen eine ambulante Psychotherapie für den/die Patient/in aus medizinischer Sicht als dringend indiziert und unaufschiebbar. Zur Vermeidung einer Progredienz und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik ist eine ambulante Psychotherapie schnellstmöglich zu beginnen. Eine **Akutbehandlung ist nicht ausreichend.**

.....
.....
.....

Ich weise darauf hin, dass die personenbezogenen Daten vom Kostenträger nach den Bestimmungen des SGB I (§ 35, Abs. 1, Satz 1) als Sozialgeheimnis zu wahren sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des SGB V (§ 284, Abs. 1, Nr. 4) erhoben. Ihre Kenntnis ist für den Kostenträger zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig.

Ort/Datum Stempel/Unterschrift