



praxis@psychotherapie-eichert.de
www.psychotherapie-eichert.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____

Vor- und Zuname

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

entbinde hiermit die Psychotherapeutin Frau Beatrix Eichert
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



praxis@psychotherapie-eichert.de
www.psychotherapie-eichert.de

Checkliste zur Beantragung der psychotherapeutischen Behandlung in einer Privatpraxis (Kostenübernahmeverfahren für gesetzlich Versicherte)

- 1) vom Hausarzt ausfüllen lassen: Formular “Ärztliche Dringlichkeits-/
Notwendigkeitsbescheinigung” ☐
- 2) vom Hausarzt ausstellen lassen: Überweisung zur Psychotherapie ☐
- 3) vom kassenärztlichen Psychotherapeuten nach der Sprechstunde:
Formular PTV 11 ☐
- 4) Protokoll “Ablehnungen/vergebliche Suche” ☐
- 5) Bestätigung meiner Privatpraxis über einen zeitnahen Therapieplatz ☐
- 6) Formular „Antrag auf ambulante Psychotherapie und Kostenerstattung nach
§ 13 Abs. 3 SGB V“ ausfüllen ☐
- 7) Einreichung der Unterlagen bei der Krankenkasse zur Beantragung der
Psychotherapie ☐

Anschrift Patient

Datum

Anschrift Krankenkasse

Antrag auf Kostenerstattung nach SGB V, § 13, Abs.3 für eine ambulante Psychotherapie für _____(Name, Vorname), 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 Beatrix Eichert, M.Sc. (Psychotherapeutin ohne Kassenzulassung) entstehen.

Aufgrund meiner psychischen Probleme:

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, Antriebsmangel...)

Wie Sie meinem beigefügten Protokoll entnehmen können, haben meine mehrfachen Anfragen bei verschiedenen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ergeben, dass diese Termine frühestens in 6 Monaten bis zu einem Jahr vergeben oder überhaupt keine Patienten mehr aufnehmen. Nach Gespräch mit Frau Beatrix Eichert, M.Sc. besteht für mich jedoch die Möglichkeit, eine ambulante Therapie sofort bei ihr beginnen zu können.

Ich bitte daher um wohlwollende Prüfung meines Antrages und die Kostenübernahme für die geplante Psychotherapie. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern unter der Rufnummer/Email_____zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen im Voraus.
Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Protokoll über die vergebliche Suche nach einem Therapieplatz

**Ärztliche Dringlichkeits-/Notwendigkeitsbescheinigung für einen Antrag auf
Kostenerstattung nach SGB V § 13 Absatz 3 (vor Aufnahme einer
Psychotherapie durch eine/n Psychologische/n Psychotherapeuten/in)**

Angaben z. PatientenIn:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr. _____

Es wurden folgende psychische und somatische Beschwerden/Befunde bei d.
Patienten/In erhoben: _____

Es handelt sich um eine Erkrankung im Sinne des SGB V. Diagnose/n gem. ICD-10:

Es besteht keine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung. Aus ärztlicher Sicht besteht bei d. PatientIn, aufgrund der o.g. Symptome und Diagnose/n die **dringende Notwendigkeit der zeitnahen Aufnahme einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung** zur Vermeidung einer Verschlimmerung oder/und Chronifizierung der bestehenden Symptomatik.

Eine Wartezeit von mehreren Monaten ist d. PatientIn nicht zuzumuten. Die/der PatientIn teilte mit, dass sie/er bislang nur Absagen von Vertragspsychotherapeuten oder die Aussicht auf mehrmonatige Wartezeiten erhielt.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchte ich die Unaufschiebbarkeit der Psychotherapie (in einem Richtlinienverfahren) unterstreichen.

Datum

Unterschrift

Arztstempel

PROTOKOLL ABLEHNUNGEN 1/2

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

Protokoll über die vergebliche Suche/Ablehnungen bei einem ambulanten Psychotherapieplatz (bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung)

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

PROTOKOLL ABLEHNUNGEN 2/2

Absender der Patientin/ des Patienten

Datum

Protokoll über die vergebliche Suche/Ablehnungen bei einem ambulanten Psychotherapieplatz (bei Psychotherapeuten mit Kassenzulassung)

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

Ärztliche Stellungnahme / Beiblatt Autismus-Spektrum-Störung zur Überweisung 1/2

Hausarztpraxis: _____
Patient/Patientin: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____

zur spezialisierten psychotherapeutischen Diagnostik/Behandlung bei (Verdacht auf)
Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter

- ☐ Es besteht klinischer Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10: F84.0 ff.).
- ☐ Es liegt bereits eine Diagnose für eine Autismus-Spektrum-Störung vor.

Der Patient/ die Patientin zeigt deutliche Symptome entsprechend der diagnostischen Kriterien:

- ☐ ausgeprägte soziale Interaktions- und Kommunikationsschwierigkeiten
- ☐ sensorische Überempfindlichkeiten (Reizüberflutung durch Geräusche, Licht, Menschenmengen)
- ☐ hohe Stressreaktivität und Überlastung in unstrukturierten sozialen Situationen
- ☐ eingeschränkte Flexibilität, ausgeprägtes Bedürfnis nach Vorhersehbarkeit und festen Abläufen
- ☐ starke Angst- und Überforderungsreaktionen bei telefonischer Kommunikation
- ☐ Die Symptomatik führt zu erheblichem Leidensdruck und funktionellen Einschränkungen im sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Bereich
- ☐ Aufgrund der ausgeprägten autistischen Kernsymptomatik (Kommunikationsbarrieren, Reizüberempfindlichkeit, exekutive Dysfunktionen, Angstreaktionen) ist es dem Patienten/der Patientin nicht möglich, komplexe und sozial anstrengende Prozesse wie telefonische Terminvereinbarungen oder mehrstufige Koordinationsverfahren selbständig und zumutbar zu bewältigen
- ☐ Geeignete spezialisierte Diagnostik- und Behandlungsangebote für Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störung sind in der Regelversorgung derzeit nicht in angemessener Zeit verfügbar
- ☐ Es besteht dringender Bedarf an spezialisierter psychotherapeutischer Diagnostik und ggf. anschließender Behandlung unter autismus-spezifischen Rahmenbedingungen.
- ☐ Es besteht dringender Bedarf an spezialisierter psychotherapeutischer Behandlung unter autismus-spezifischen Rahmenbedingungen.
- ☐ Es bestehen Hinweise auf mögliche komorbide psychische Störungen (z. B. Angststörung, Depression, Traumafolgestörung), die eine differenzialdiagnostische Abklärung und fachspezifische Behandlung erforderlich machen.

□

Ärztliche Stellungnahme / Beiblatt Autismus-Spektrum-Störung zur Überweisung 2/2

- **Aufgrund der genannten Einschränkungen ist eine Inanspruchnahme der Terminservicestelle (116 117) nicht zumutbar. Eine hausärztliche Direktüberweisung ist daher medizinisch erforderlich.**

Diagnose nach ICD-10 (V. a.):

- F84.5 – Autismus-Spektrum Störung (Asperger-Syndrom) – Verdacht auf (V.a.)
□ F84.5 – Autismus-Spektrum Störung (Asperger-Syndrom)

Weitere Diagnosen (V. a.): _____

Überweisung an:

Psychotherapeutische Praxis Beatrix Eichert
– Spezialisierte Psychotherapie und Diagnostik bei Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter -

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin: _____