



Merkblatt zum Kostenerstattungsverfahren

In der Privatpraxis ist die Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenkasse nur über das Kostenerstattungsverfahren möglich. Der Hintergrund dafür ist, dass die Therapeuten mit Kassensitz oftmals ausgelastet sind, sodass eine Therapie häufig nicht innerhalb einer zumutbaren Wartezeit beginnen kann. Im SGB (§13) ist jedoch geregelt, dass jeder Mensch, der eine Behandlung benötigt, diese auch bekommen soll. Die Kosten dafür müssen folglich von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Über das Kostenerstattungsverfahren ist es auch gesetzlich Versicherten möglich, in der Privatpraxis psychotherapeutisch behandelt zu werden. Damit Sie die Bewilligung erhalten, ist es notwendig ein sogenanntes „Systemversagen“ zu beweisen.

Um schneller ein Therapieplatz zu bekommen, sind folgende drei Schritte notwendig:

1. Rufen Sie die 116 117 (Telefonhotline KV-Berlin) an und vereinbaren Sie eine psychotherapeutische Sprechstunde bei einem Kassenärztlichen TherapeutInnen, um das PTV-11 Formular zu erhalten.
2. Erstellen Sie eine Liste von 6 bis 10 TherapeutInnen mit Kassensitz ohne freie Therapieplätze. Die Vorlage dafür können Sie hier entnehmen. Auf unserer „Über uns“ Seite finden Sie eine Anleitung, um an die Rufnummern von Kassenärztlichen TherapeutInnen in Ihrer Nähe zu kommen.
3. Konsiliarbericht und Ärztliche Dringlichkeitsbescheinigung für eine ambulante Psychotherapie. Diese notwendigen Dokumente bekommen Sie bei Ihrem Psychiater oder Hausarzt, wobei wir ersteres empfehlen. Wir legen Ihnen hier eine Vorlage bei.

~



An die behandelnde Ärztin, an den behandelnden Arzt

Konsiliarbericht für die Beantragung einer Psychotherapie

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Patientin / Ihr Patient möchte eine Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie) in unserer Praxis wahrnehmen. Wir müssen im Vorgang prüfen, ob es somatische Gründe für die psychischen Beschwerden geben könnte, würden wir Sie bitten, den Konsiliarbericht auszufüllen. Aktuelle Medikation, Laborwerte und frühere Diagnosen sind für uns von Interesse.

Bei Rückfragen erreichen Sie unseren leitenden Psychotherapeut Herr Ph.D.Andrei Milosi unter der Mobilrufnummer: 0151 638 944 45 und der E-Mail praxis@mindcalm.de

Mit freundlichen Grüßen

MindCalm

Ihre Psychologische Praxis mit interkulturellem fremdsprache Schwerpunkt



Individuelle Psychologiepraxis MILOSI ANDREI ALIN

· Psychologe · klinische Psychologie · Psychotherapie · Verfahrensbeistand · Soziologe (Deutsch / Englisch / Rumänisch)
Niederlassung Berlin (Postfach): Schwäbische Str. 17, 10781, Berlin · Müllerstr. 156A, 13353, Berlin ·
Tel / FAX : 0151 63 89 4445 · Email: praxis@mindcalm.de · www.mindcalm.de
ApoBank - Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG · IBAN: DE77 3006 0601 0058 8449 86 · BIC: DAAEDEDXXX

Ärztliche Bescheinigung der Dringlichkeit einer ambulanten Psychotherapie

Name der/des Patientin/en _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose (ICD-10): _____

Bei der/dem oben genannten Patienten/in liegt eine akute psychische Erkrankung vor. Wir sehen eine ambulante Psychotherapie für die/den Patientin/en als dringend indiziert an.

Mit dieser Dringlichkeitsbescheinigung möchten wir die Unaufschiebbarkeit einer Psychotherapie unterstreichen und befürworten eine sofortige Einleitung einer Therapie im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie (VT) bei der Psychologischen Praxis mit interkulturellem und fremdsprachlichem Schwerpunkt.

(Ort, Datum) _____

(Stempel, Unterschrift)



Individuelle Psychologiepraxis MILOSI ANDREI ALIN

· Psychologe · klinische Psychologie · Psychotherapie · Verfahrensbeistand · Soziologe (Deutsch / Englisch / Rumänisch)
Niederlassung Berlin (Postfach): Schwäbische Str. 17, 10781, Berlin · Müllerstr. 156A, 13353, Berlin ·
Tel / FAX : 0151 63 89 4445 · Email: praxis@mindcalm.de · www.mindcalm.de
ApoBank - Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG · IBAN: DE77 3006 0601 0058 8449 86 · BIC: DAAEEDXXX

Antrag auf Kostenerstattung für psychotherapeutische Behandlung gem. § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V

Ich beantrage Kostenerstattung für eine psychotherapeutische Behandlung durch

Psych. - Soz. Ph.D. Andrei-Alin Milosi

Approbierte klinische Psychologe mit Arztregistereintrag

- Eintragungszertifikat (Ärztliche Register) - Nr. 960 vom 30.08.2023 mit Registrierungscode: 1 HD 13876
- Approbationsurkunde Nr. 1545 vom 13.03.2023
- Anlage - Berufssitz
- Steuernummer (Ro)
- Europäisches Zertifikat (auf Englisch) - Nr. 11945 vom 23. Oktober 2023

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung bzw. Konsiliarbericht ist:

beigelegt

liegt Ihnen bereits vor

geht Ihnen in Kürze ein

Name, Vorname des Patienten:

Versicherten-Nr.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten _____

Vom Psychotherapeuten auszufüllen:

Verdachts-Diagnose (ICD-10): _____

Art der erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen: Verhaltenstherapie (VT)

als Einzelbehandlung

als Gruppenbehandlung

Anzahl der geplanten Behandlungseinheiten: 5 probatorische Sitzungen

Honorar je Behandlungseinheit: analog EBM 2021

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Psychotherapeuten



Individuelle Psychologiepraxis MILOSI ANDREI ALIN

· Psychologe · klinische Psychologie · Psychotherapie · Verfahrensbeistand · Soziologe (Deutsch / Englisch / Rumänisch)
Niederlassung Berlin (Postfach): Schwäbische Str. 17, 10781, Berlin · Müllerstr. 156A, 13353, Berlin ·
Tel / FAX : 0151 63 89 4445 · Email: praxis@mindcalm.de · www.mindcalm.de
ApoBank - Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG · IBAN: DE77 3006 0601 0058 8449 86 · BIC: DAAEEDDXXX

Schweigepflichtsentbindung

Ich (Name, Vorname, Anschrift):

Entbinde hiermit: Herr Psych.-Soz.PhD. Andrei-Alin Milosi

Tel.: 0151 638 944 45

von der Schweigepflicht gegenüber meiner Krankenkasse:

Name der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Die Vollmacht umfasst insbesondere das Recht, in meinem Namen Schriftverkehr zu führen, Anträge zu stellen, Unterlagen einzureichen und entgegenzunehmen sowie in meinem Namen Widerspruch gegen Entscheidungen der Krankenversicherung einzulegen.

Diese Vollmacht bleibt wirksam, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird.

Ggf. ergänzen:

Herr Psych.-Soz.Ph.D. Andrei-Alin Milosi ist berechtigt, meine Behandlungsunterlagen ebenfalls an:

weiterzuleiten.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Versicherten

.....

ggf. Unterschriften des/der gesetzlichen
Vertreter

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Konsiliarbericht

22

vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Auf Veranlassung von:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Arztnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Betriebsstättennummer

Name des Therapeuten

Es sollen ggf. Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

Aktuelle Beschwerden, Angaben zum psychischen und somatischen Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes), relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden, medizinische Diagnosen, Differenzial- und Verdachtsdiagnosen, relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z.B. laufende Medikation), ggf. Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und/oder psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen:

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erforderlich nicht erforderlich erfolgt veranlasst

Sind ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen notwendig bzw. veranlasst und ggf. welche?

Aufgrund somatischer/psychiatrischer Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung (Begründung s. o.)

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich
Art der Maßnahme: _____

Ausstellungsdatum

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Vertraguzerstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten

Protokoll über die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz bei PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung

| Datum und Uhrzeit Kontaktaufnahme | Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch, Mail) | Name des Psychotherapeuten | Kontakt des Psychotherapeuten (Anschrift und Telefonnummer) | Information über möglichen Psychotherapieplatz (Zusage, Absage, Wartezeit) |
|-----------------------------------|---|----------------------------|---|--|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

Name: _____

Datum, Unterschrift: _____