

## Checkliste für die Kostenübernahme durch Ihre private Krankenversicherung

**Ihre Kontaktdaten** (bitte bevorzugte Kontaktmöglichkeit ankreuzen):

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

☐ Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

☐ Telefon

☐ Mobil

☐ E-Mail

**Angaben zur privaten Krankenversicherung:**

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Ort der zuständigen Geschäftsstelle

\_\_\_\_\_  
Ihre Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
OPTINAL: Ihr Tarif

**OPTIONAL: Angaben zum Checklisten-Gespräch mit Ihrer Krankenversicherung:**

\_\_\_\_\_  
Datum und Uhrzeit des Gesprächs

\_\_\_\_\_  
Name des Sachbearbeiters

### 1. Ist Psychotherapie Leistungsbestandteil Ihres Versicherungsvertrags?

☐ Ja (weiter mit 2.)

☐ Nein

Wenn nein, sprechen Sie mit Ihrer Krankenversicherung, ob dennoch eine Möglichkeit der Kostenübernahme besteht (z.B. Tarifwechsel).

Sind Sie bereit die Kosten für die psychotherapeutische Behandlung selbst zu tragen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, was ist Ihr bevorzugter Zahlungsweg?

☐ Barzahlung

☐ Vorab-Überweisung

☐ Rechnung

**2. Ist die Leistung auf bestimmte Behandlungsmethoden beschränkt?**

☐ Ja ☐ Nein (weiter mit 3.)

Wenn ja, welche Verfahren werden erstattet?

☐ Verhaltenstherapie

☐ Psychoanalyse

☐ Tiefenpsychologisch-fundierte Therapie

☐ Gesprächstherapie

☐ Systemische Therapie

☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

**3. In welcher Höhe werden Kosten erstattet?**

**3.1. Wo liegt die Höchstgrenze für das Behandlungshonorar pro Sitzung?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden bis zu \_\_\_\_\_ € je Therapiesitzung erstattet.

**3.2. Wird ein bestimmter prozentualer Anteil des Honorars erstattet?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden \_\_\_\_\_ % der Kosten erstattet.

**3.3. Gibt es eine Erstattungshöchstgrenze pro Jahr?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden insgesamt bis zu \_\_\_\_\_ € pro Jahr erstattet.

**3.4. Gibt es eine Höchstgrenze für Behandlungsstunden pro Jahr?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden bis zu \_\_\_\_\_ Therapiestunden erstattet.

**3.5. Besteht eine „Mindestmitgliedschaft“ in der Versicherung, bevor ein Leistungsanspruch besteht?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, man muss mindestens \_\_\_\_\_ Monate / Jahre (unzutreffendes bitte streichen) bei der Krankenversicherung versichert sein, um die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung erstattet zu bekommen. Ich bin seit dem \_\_\_\_\_ Kunde der Versicherung.

**3.6. Werden probatorische Sitzungen oder Erstgespräche erstattet?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, es werden bis zu \_\_\_\_\_ Sitzungen in Höhe von je \_\_\_\_\_ € / in Höhe von insgesamt max. \_\_\_\_\_ € (unzutreffendes bitte streichen) erstattet.

**3.7. Werden weitere psychotherapeutische Leistungen (z.B. Erstellung eines Berichts sowie Arztbriefe) übernommen?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, folgende weitere Leistungen werden erstattet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.8. Sofern Ihre Krankenversicherung die Kosten für die psychotherapeutische Behandlung nicht in voller Höhe (JA bei 3.1. - 3.3.) oder vollem Umfang (JA bei erstattet 3.4. - 3.7.) erstattet, sind Sie bereit die anfallenden Kosten selbst zu tragen?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, für folgende Situationen:

☐ Zuzahlung bei anteiliger Kostenübernahme je Therapiestunde (siehe 3.1., 3.2.)

☐ Fortführung der Therapiesitzungen über das Jahreskontingent hinaus (siehe 3.3., 3.4.)

☐ komplette Selbstzahlung der Therapie (siehe 1., 2., 3.5.)

☐ Selbstzahlung der probatorischen Sitzungen sowie der Berichtserstellung zur Beantragung der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung (siehe 3.6., 3.7.)

☐ Sonstige psychotherapeutische Leistungen auf Ihren Wunsch hin (siehe 3.7., z.B. Entspannungstraining)

☐ Sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wenn ja, was ist Ihr bevorzugter Zahlungsweg?

☐ Barzahlung

☐ Vorab-Überweisung

☐ Rechnung

**4. Wird die psychotherapeutische Behandlung nur für bestimmte Störungsbilder übernommen bzw. sind bestimmte Störungsbilder von der Kostenübernahme ausgeschlossen (z.B. Suchterkrankungen)?**

☐ Ja ☐ Nein, es gibt keine Einschränkungen bzgl. der Diagnose

Wenn ja, die Behandlung wird nur bei folgenden Diagnosen übernommen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ODER**

Wenn ja, folgende Diagnosen sind von der Kostenübernahme ausgeschlossen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Ihre Krankenversicherung die Kosten übernimmt?**

- ☐ Keine
- ☐ bestimmte Diagnose (siehe 4.)
- ☐ ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung / Konsiliarbericht
- ☐ schriftlicher Antrag (bitte Vordrucke Ihrer Krankenversicherung anfordern!)
- ☐ Bericht des Behandlers zum Antrag
- ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

**6. Haben Sie schon mal eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen?**

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

Zeitraum	Art der Behandlung (siehe 2.)	Name und Anschrift des Behandlers	Kostenübernahme durch Ihre derzeitige Krankenversicherung?
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift